

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD — LYON I
U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Année 1976

N° 5 2 1

LE MEDECIN DE FAMILLE PAR LUI-MEME

Enquête auprès de trente médecins
de la région lyonnaise

THESE

présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I
et soutenue publiquement le 30 Novembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Robert-Jean JEHL

né le 21 Janvier 1949
à La Tronche (Isère)

Année 1976

N° 5 2 1

LE MEDECIN DE FAMILLE PAR LUI-MEME

Enquête auprès de trente médecins
de la région lyonnaise

THESE

présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON I
et soutenue publiquement le 30 Novembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Robert-Jean JEHL

né le 21 Janvier 1949
à La Tronche (Isère)

1881

LE MUSEUM DE L'ART ET D'HISTOIRE
DE LA VILLE DE LEIDE



Robert van der

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

- Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN
- Premier Vice Président : Professeur E. ELBAZ
- Deuxième Vice-Président : M. PONCET
- Troisième Vice-Président : M. BONNET

- Secrétaire Général : M. RAMBAUD

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université :

MEDECINE : Grange-Blanche - Directeur : M. Le Docteur B. SALLE (M.C.A.)
Alexis-Carrel - Directeur : M. Le Professeur C. GIROD
Sud-Ouest - Directeur : M. Le Professeur J. ROBERT
Lyon-Nord - Directeur : M. Le Professeur J.P. GARIN
Directeur honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : M. Le Professeur J.C. CZYBA

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : M. Le Docteur A. MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : M. Le Professeur L. ODDOUX

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur : M. Le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - Président du Conseil
d'U.E.R. :

M. R. GUILLET

Directeur : M.A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur - M. Le Professeur H. BUCHWALTER

PHYSIQUE - Directeur - M. Le Professeur R. UZAN

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : M. Le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : M. Le professeur BRUN J.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : M. R. FONTANGES (M.C.A.)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°1 - Directeur M. Le Professeur POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N°2 - Directeur : M.J. GALLET (ENSAM)

OBSERVATOIRE - Directeur : M. MONNET (Astronome adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : M. Le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE - Directeur : M. Le Professeur J. MATHIEU

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON I

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

COMPOSITION DU JURY

Président M.	Professeur Daniel GERMAIN	U.E.R. Grange-Blanche
Assesseurs MM.	Professeur Jacques ROBERT	U.E.R. Sud-Ouest
	Professeur Jean GUYOTAT	U.E.R. Alexis Carrel
	Professeur Agrégé Roger LEVRAT	U.E.R. Sud-Ouest
	Docteur Yves Bernard COLAS	Médecin chef de l'Hôpital Sainte-Croix

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A MA MERE

Son affection et son soutien, m'ont permis
de choisir et de persévérer.

A MES FRERES ET SOEURS

A la fois si proches et si différents.

Au Professeur Joseph BARRIE

Modèle de compétence et d'humanité
dont je suis fier d'être le neveu.

Au Professeur Jean FAVRE-GILLY

Pour la qualité de son enseignement
et son sens familial.

Au Docteur Alain SISTERON

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

et spécialement Anne, qui a eu la patience
et le courage de dactylographier ce travail.

A TOUS CEUX qui ont contribué par leur hospitalité
et leur amitié à agrémenter mon séjour
à Lyon.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Daniel GERMAIN
Responsable au plus haut niveau de
l'Université CLAUDE-BERNARD,
nous le savons préoccupé de la formation
des médecins.
Nous tenons à lui exprimer notre profonde
gratitude.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Jacques ROBERT
Sa haute spécialisation l'amène à pénétrer
tous les milieux,
il connaît bien les problèmes des médecins
et des étudiants.
Nous le remercions de s'être intéressé à notre
travail et d'avoir accepté de le juger.

Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT
Avocat et militant de la formation à la relation
du médecin avec son malade,
il a bien voulu juger notre travail,
qu'il soit assuré de notre sincère considération.

Monsieur le Professeur Agrégé Roger LEVRAT
Héritier d'une longue tradition médicale.
Nous avons apprécié la qualité de son accueil
qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR YVES BERNARD COLAS

Au cours de plusieurs stages à l'hôpital
Sainte-Croix, il nous a fait prendre
conscience de la réalité de "l'autre Médecine".

Il a bien voulu nous apporter ses précieux
conseils pour la conception, l'orientation
et la réalisation de cette thèse.

Son exemple et son concours nous ont fait
découvrir la noble tâche du Médecin de Famille.

Il a renforcé notre inclination pour ce choix.

A TOUS LES MEDECINS

Par qui nous avons été reçu à l'occasion de
ce travail.

Ils ont participé à l'élaboration de cette
thèse en nous accueillant avec bienveillance
et nous accordant aimablement une bonne part
de leur précieux temps.

"LA SCIENCE A OUVERT LE MONDE
JUSQU AUX CONFINES DES ETOILES
MAIS ELLE A LAISSE LE VIDE
AU FOND DU COEUR DE L HOMME..."

C'est ce vide que le Médecin de Famille que je suis
est souvent chargé de remplir.

(Entretien n°11)

"LA MEDECINE GENERALE, c'est
LA DOULEUR, LA TEMPERATURE et L'ANGOISSE..."

(Entretien n°21)

INTRODUCTION

"Sois Généraliste et tais-toi !"

(Le Nouvel Observateur 15-2-76)

En choisissant pour thème de travail le "Médecin de Famille" nous avons essayé d'atteindre trois groupes d'objectifs :

- 1°) Rencontrer individuellement, dans la région lyonnaise où nous nous trouvons, des médecins susceptibles de se reconnaître comme "Médecin de Famille" ; recueillir directement leur témoignage spontané ; analyser, à travers leurs propos et par une réflexion objective, les divers aspects actuels de cette conception de la pratique médicale ; en dégager les éléments positifs et fondamentaux pour en tirer, dans la mesure du possible, des conclusions générales.
- 2°) Réaliser une enquête enrichissante pour nous-mêmes en explorant la fonction du médecin généraliste vue par lui-même ; percevoir ainsi, au terme de nos études universitaires, avant de devenir nous-mêmes médecin, l'idéal et la pensée de cette profession pour mieux y souscrire avant de nous y adapter.
- 3°) Malgré le côté chimérique du projet et face à une information souvent erronée, voire le mauvais procès d'intention dont est l'objet le généraliste, apporter un témoignage vivant, vécu et réel, afin de susciter chez nos camarades étudiants un choix réaliste et motivé pour la médecine générale, et modestement répondre à un certain nombre de critiques qui s'adressent à la Médecine en ce moment.

Pour réaliser ce travail, sachant quel intérêt il porte à la médecine générale, nous avons demandé au Docteur Y.B. COLAS de nous guider et de nous en faciliter la réalisation pratique.

Qu'il soit ici tout spécialement remercié du concours qu'il a bien voulu nous apporter tout au long de notre itinéraire.

METHODOLOGIE

Les objectifs une fois définis, il s'agissait de mettre en place les méthodes propres à les atteindre. Le cadre dans lequel s'est déroulé notre thèse s'est élaboré peu à peu. Il nous a paru nécessaire de le situer, et d'abord d'en préciser les limites.

LIMITES DE CE TRAVAIL

Nous n'avons à aucun moment espéré faire un travail exhaustif ou polémique sur le sujet, et encore moins une enquête statistique. Nous essayons d'apporter un témoignage objectif sur le thème de la Médecine de Famille dans des limites définies de temps (1976) et de lieu (l'aire géographique de la région lyonnaise).

METHODE

Nous avons, d'emblée, opté pour la formule de l'interview. La lecture d'une thèse ("Attitudes psychothérapiques spontanées des Médecins" Antoine APPEAU -Lyon 1963- n° 214) nous en avait révélé l'aspect dynamique, et malgré notre inexpérience dans ce domaine, nous avons eu le sentiment qu'une série d'entretiens pouvait donner tout son intérêt à ce travail.

Notre méconnaissance totale des médecins et de leur mode d'exercice, mais le sentiment dès les premiers interviews d'être bien accepté, nous ont incité à recueillir des témoignages limités dans le temps, mais remarquables par leur spontanéité.

Celle-ci étant, par là même, propre à révéler la nature des préoccupations principales de leurs auteurs. La mise en présence d'un interviewer sans idée préconçue et presque "naïf" et d'un médecin expérimenté placé en situation non contraignante, devait se révéler enrichissante.

Avant chaque étape de notre démarche, un programme d'action était élaboré, et celui-ci se modifiait par la suite en fonction des résultats obtenus.

Nous avons de la sorte adapté et perfectionné la méthode au fur et à mesure de la progression de notre travail, et quand la situation le nécessitait.

Nous préciserons tour à tour les critères de sélection des médecins, la prise de contact, l'entretien lui-même, sa transcription et son analyse, le choix des extraits les plus significatifs, enfin la synthèse et les conclusions.

1) Critères de sélection des médecins

Excluant de notre propos de faire oeuvre de statisticien, nous avons cependant essayé de recueillir les opinions les plus variées en choisissant des médecins à priori dissemblables.

Nous avons pour ce choix tenu compte de critères tels que les suivants :

- Médecins généralistes ou spécialistes ayant exercé la Médecine Générale,
- Femmes médecins,
- Ancien externe ou interne des hôpitaux, ou non,
- Appartenance à un groupe d'enseignement post-universitaire ou à un groupe "Balint",
- Installation ancienne ou récente, exercice isolé ou en groupe,
- Situation géographique : centre de Lyon, banlieue, périphérie, départements limitrophes,
- Engagement syndical, politique, confessionnel, ou prise de position notoire face à la convention ou sur le devenir du généraliste,
- Parfois relation avec un des médecins déjà interviewés, ou quelques fois avec l'hôpital SAINTE CROIX ou le Docteur COLAS.

Nous avons de cette façon sélectionné une cinquantaine de noms. Le hasard a décidé partiellement de ceux que nous rencontrerons du fait de leur disponibilité à nous recevoir ou de la difficulté à les joindre.

Le temps dont nous disposions, la durée du travail consacré à la restitution de chaque entretien (plus de dix heures en moyenne), enfin les conditions matérielles dans lesquelles nous étions, ont limité cette enquête à trente deux médecins. Nous en trouverons la liste alphabétique en annexe I.

Nous admettons qu'un choix aussi réduit, et d'apparence peu méthodique est arbitraire. Mais nous pensons avoir réalisé un travail révélant un ensemble d'opinions parmi les plus significatives.

2) La prise de contact

Chaque médecin a reçu une lettre ronéotypée identique, dont nous reproduisons le texte au tableau I.

Celle ci permettait d'exposer l'objet de notre visite sans toutefois laisser au destinataire le loisir d'élaborer des réponses trop précises qui auraient nuit à la spontanéité de l'entretien.

De mai à octobre 1976, nous avons écrit à chacun des médecins sélectionnés. Dans les jours qui suivaient nous avons téléphoné à nos correspondants, en insistant pour les joindre directement, afin d'avoir leur accord de principe et obtenir un rendez-vous. Un délai moyen de huit à dix jours était nécessaire entre la demande écrite et la date de rendez-vous, délai quelque peu perturbé pendant les vacances d'été.

Un nombre très réduit de médecins, soit par changement d'adresse ou erreur de numéro de téléphone, soit par limitation du temps ou sentiment qu'il aurait été incorrect d'insister, n'a pu être rencontré.

3) L'Entretien

Nous avons reçu de tous les médecins l'accueil le plus chaleureux et le plus cordial, c'est dire l'importance et l'actualité des questions dont nous allons discuter.

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux mêmes d'exercice, ont duré souvent plus longtemps qu'une consultation, c'est à dire trente à soixante minutes, parfois même pendant deux heures consécutives, et sous la forme d'un interview non directif, inspiré de la méthode décrite par NAHOUM dans son "Entretien psychologique" (27).

En pratique nous laissions le médecin s'exprimer au fil de sa pensée, tout en l'orientant dans les temps creux par des questions.

TABLEAU I

LETTRE ENVOYEE A CHAQUE MEDECIN

R.J. JEHL
38, rue Franklin

69002 LYON

Stagiaire interné à l'Hôpital Sainte Croix
8, rue Roger Radisson LYON 5°

Lyon, le

Monsieur,

Etudiant en médecine de 7^e année, je désire faire une thèse consacrée au Médecin de Famille d'aujourd'hui, et à sa place dans la société en particulier dans la région lyonnaise.

Le Docteur Yves-Bernard COLAS avec l'aide duquel je réalise ce travail m'a conseillé de vous rencontrer pour avoir avec vous un entretien.

A cette occasion, j'aimerais connaître ce qui, dans l'exercice de votre profession, vous paraît le mieux définir le Médecin de Famille et son rôle.

Pourriez-vous me recevoir à votre cabinet le jour qui vous conviendrait pour une demi-heure environ ?

Je me permettrais de vous téléphoner dans quelques jours pour avoir un rendez-vous.

Avec mes remerciements anticipés,

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

R.J. JEHL

P.S. M'accorderez-vous l'autorisation d'enregistrer notre entretien au magnétophone ?

Nous en trouverons la liste au tableau II.

Celles ci n'étaient que le filigrane d'une conversation à bâtons rompus, et avaient été inspirées d'un document publié par l'O.M.S. Ce texte avait retenu notre attention car il traitait du Médecin de Famille en employant précisément ce terme, de plus, nous y avons trouvé une motivation supplémentaire pour ce travail (28):

"Le comité a pensé qu'un mémoire sur la portée et les objectifs de cette branche de la médecine, qui serait établi par un groupe de médecins pratiquant actuellement et de façon active la "Médecine de Famille", pourrait contribuer utilement à l'étude de la question".

4) La transcription et l'analyse

Dans l'incapacité de prendre des notes rapidement sans détruire l'intensité et la célérité du dialogue, et désireux d'étudier le texte original, nous avons utilisé l'enregistrement par magnétophone. La présence de l'appareil, dans l'ensemble, a été bien acceptée, et condition nécessaire à son emploi, l'anonymat le plus strict a été respecté.

En effet, chaque entretien a été numéroté dans l'ordre chronologique et transcrit mot pour mot.

Le Docteur COLAS qui nous a conseillé pour réaliser ce travail n'a lui même jamais su les noms des médecins correspondant aux numéros.

La méthode une fois rodée et percevant les pôles d'intérêts les plus souvent abordés, nous avons mis au point une grille codée inspirée du questionnaire (Tableau III).

Celle ci permettait à la lecture des textes initiaux, d'inscrire en marge le contenu des phrases sous forme condensée et quelque soit leur succession.

Les deux derniers éléments de ce code analytique préfiguraient déjà la synthèse générale..

En effet, nous avons appelé "Motivations ou Philosophie" ce qui avait trait à l'esprit d'exercice et "Idées originales ou neuves" ce qui, dans la succession chronologique de nos entretiens, nous paraissait nouveau ou très personnel.

Tous les éléments du code ont été ensuite répertoriés par sujet, afin de les retrouver rapidement, et d'en faire l'analyse.

Nous nous excuserons, ici, auprès des Docteurs HAMANDJIAN et ISS, une panne de magnétophone nous a mis dans l'impossibilité de publier des extraits de leur interview.

5) Publication des interviews

Pour leur valeur de témoignage, il nous a paru intéressant de publier "in extenso" les passages les plus riches de ces trente entretiens, en tenant compte de la date d'installation.

Ce choix devait répondre à certaines contraintes :

- respecter l'anonymat, condition essentielle de l'enregistrement magnétique et d'une publication,
- condenser certaines parties du discours, en éliminant certaines redites ou phrases interrompues.

Devant l'abondance des textes transcrits (chaque entretien couvre en moyenne une douzaine de pages manuscrites), nous nous sommes parfois résolus à laisser parler les médecins sans prétendre reproduire autre chose que le sens de leurs paroles.

Une telle méthode nous a paru permettre de rapporter un document vivant, authentique, et de réduire l'interprétation au delà de notre propre subjectivité telle qu'elle peut se manifester dans le chapitre de synthèse.

6) Synthèse

Jusqu'à cette étape, nous avons constamment pour mieux analyser et mieux dominer cette analyse, suivi des programmes de travail, et isolé artificiellement chaque composant de l'entretien. Sous le titre "~~Synthèse~~ ~~portrait type~~" nous en dressons le bilan comparatif. Nous reprenons le même schéma étudié, mais sur un plan cette fois horizontal afin de confronter entre elles les opinions émises et d'en dégager les arguments les mieux partagés.

Il est certain que nous restons là sur un plan objectif en dressant un tableau général reposant sur des éléments palpables.

L'apport de notre itinéraire et tout au long de celui-ci, a été considérable. Nous avons tout à apprendre des médecins, et ils nous ont ouvert des horizons que nous ne soupçonnions pas.

Sur un plan subjectif il est difficile d'apprécier l'impact personnel de notre démarche. Cet effet plus subtil se fera vraisemblablement sentir à plus longue échéance.

Nous espérons cependant, à travers notre travail, faire passer notre enthousiasme.

ENTRETIEN N°1.

(Ancienneté : 10 à 20 ans) ×

- R.J : Vous Êtes Médecin Généraliste, vos malades vous considèrent ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Dans l'ensemble, actuellement, les malades sont encore très attachés à la Médecine de Famille, et nous considèrent comme Médecin de Famille, c'est d'ailleurs cette médecine que l'on fait, que l'on nous a inculquée, et qu'on nous appris, on ne concevait pas un autre sens de la médecine que celle du Médecin de Famille.

Le Médecin de Famille est par définition celui qui est attaché à la famille du malade, c'est celui qui voit les malades dans une famille, depuis la naissance de l'enfant jusqu'à la mort du grand-père, à qui on fait appel en personne vingt quatre heures sur vingt quatre ; c'est pour cette raison que l'on parle de cette "corporation" en voie de disparition, parce qu'un médecin au service des familles vingt quatre heures sur vingt quatre est un fait qui ne se conçoit plus tellement. C'est aussi celui qui fait quelques fois presque partie de la famille. Personnellement, j'ai des familles que je soigne depuis vingt ans, j'ai vu naître les enfants, en principe ces gens font appel à moi.

Ils sont attachés à leur médecin, qui les soigne, qui les connaît, ils sont fidèles et prennent un engagement vis à vis de leur médecin. Pour certains c'est tout naturel même s'ils vont à huit ou dix kilomètres que leur médecin les suive.

J'ai même des malades qui sont à la retraite et qui ont envisagé leur retraite en fonction de leur médecin.

C'est sous cette forme qu'on fait de l'excellente médecine ; actuellement elle évolue...

Mais je crois que c'est la seule médecine qui puisse traiter les psycho-somatiques. Car en partie, environ 50% - 60% de la clientèle est constituée de psycho-somatiques. Des gens qui souffrent, qui ont des ennuis, mais dont le point de départ est un trouble familial, psychique, sentimental, depuis la jeune-

filles qui ont son petit ennui sentimental, l'enfant qui a un syndrome psychologique à l'école, le grand-père qui ne s'entend pas avec sa belle fille... tout cela nécessite une discussion avec le médecin parfois très longue. On conçoit très bien que les gens qui ont raconté toute leur vie pour expliquer les troubles organiques, l'ulcère ou la gastrite, ne peuvent pas aller raconter ça à n'importe qui. Parfois, il faut rester environ 3/4 d'heure à écouter le trouble psychologique qui était à l'origine en définitive de leur désordre organique.

Car il n'y a que le Médecin de Famille qui peut l'écouter, quand ils ont fait confiance, quand ils se sont dévoilés, mis à nu devant un médecin, ils ne vont pas "se mettre à nu" devant un autre médecin.

Le Médecin de Famille se fait très souvent pratiquement des amis de ses malades. Il les a suivis, il connaît tous leurs ennuis physiques, moraux... Les gens qui sont des amis ne paient jamais, c'est un fait qui se passe souvent, nombre de familles partent sans payer.

Quand je suis venu, je connaissais peu de monde, j'avais peu d'amis, puisque j'étais nouveau sur la place et bien actuellement, il y a foule de gens qui sont non malades, et que j'ai connu comme malades, et qui sont devenus des amis.

- R.J : Est ce une majorité de la clientèle qui est comme cela ?
- Dr : Ca dépend un peu du médecin, et en grande partie de la clientèle. Quelques fois on a tellement de monde qu'on ne peut pas arriver à sympathiser à ce point là avec tout le monde, surtout si ce sont des gens qui viennent juste d'arriver ; mais des malades anciens, qui viennent depuis vingt ans, on finit par s'en faire des amis, ils vous racontent leur vie, vous associent à leurs sorties, quand on va chez eux on ne les voit pas seulement en tant que malade mais on est intéressé à leur vie, si bien que lorsque vous discutez avec eux ils vous font part de tous leurs soucis professionnels ou autres.
- R.J : Pourquoi, êtes vous pessimiste pour l'avenir ?
- Dr : Oui ! parce que voyez vous c'est paradoxal, mais plus on so-

cialise le mode d'exercice de la médecine actuelle, plus on l'aide, plus on lui enlève son caractère humain. Maintenant avec les conventions imposees, la médecine n'a pratiquement plus rien de libéral, il faut voir trop de malades à l'heure ; cela va être une medecine où pour être rentable il faudra multiplier les actes.

- R.J : C'est la convention qui a nuit ?

- Dr : Je pense que oui, elle a rompu le caractère de la médecine vraiment humaine. Les médecins sont obligés de faire des actes plus nombreux actuellement pour s'en tirer, puisque les prix des actes ont juste suivi l'indice du coût de la vie. Actuellement on leurs a presque imposé des actes (pratiquement six actes à l'heure) ; quant à moi je soigne un malade tous les quarts d'heure. Comment voulez-vous que des rapports vraiment humains existent dans de telles conditions ?

On rentre dans un cadre où il faut aller vite, être pressé. Avant on avait un malade, on y allait ou il venait, s'il nous inquiétait on y retournait le soir ou le lendemain gratuitement et nous suivions ainsi notre malade jusqu'à la guérison.

Maintenant du fait que les actes sont remboursés, le malade n'a plus de scrupules, il vient ou nous y allons, mais sachant que l'acte est remboursé cela ôte le caractère vraiment humain de l'acte médical.

Le médecin n'a plus le temps de rester une demi heure ou une heure au chevet d'un malade.

Il y a aussi le fait que l'on a installé des tours de garde pour le médecin ; la famille a confiance en son médecin et elle le veut. Or vous avez un type de médecine actuellement contre lequel je ne suis pas, mais qui supprime un peu ce sens, il s'agit de la médecine de groupe qui est faite pour rendre service au médecin, pour le libérer.

Les malades sont bien habitués à leur médecin, pour la grosse urgence il n'y a pas de problème, ce qui fait le caractère de la médecine familiale c'est ce fameux colloque entre le malade et le médecin, avant de l'examiner on lui fait raconter ses histoires, quand il y a deux ou trois médecins qui sont sur le circuit cela ne rend plus.

- R.J : Vous faites une medecine à l'acte actuellement, mais il y a un immense besoin à côté d'une médecine plus humaine ?
- Dr : Oui il y a un grand besoin d'une medecine plus humaine, mais je crois qu'il faut que les gens s'habituent à une médecine certainement moins humaine. On a tendance à tout vouloir collectiviser, tout vouloir fonctionnariser. Du moment où on est fonctionnarisé le sens des responsabilités s'émousse singulièrement. Le medecin ira faire ses visites entre cinq et six heures, et cela sera terminé.

Je crains que les jeunes médecins soient pris par un rythme trop important. On risque de leur imposer non pas une médecine à l'acte mais une medecine fonctionnarisée, il faudra voir tant de malades dans un temps imparti, on fait son travail, puis ensuite... un autre fera le reste.

- R.J : Vous ne pensez pas que la medecine de groupe est une médecine de meilleure qualite, parce que le medecin est plus reposé ?
- Dr : Non je ne pense pas. Le médecin qui travaille vingt quatre heures sur vingt quatre examine son malade aussi bien, il est rodé. Je pense que la qualité de l'acte est toujours assurée par le Medecin de Famille quelle que soit l'heure à laquelle il le fait.

- R.J : Est ce que le Medecin de Famille est un "bon" generaliste ?
- Dr : je pense que les medecins généralistes que nous sommes sont de bons generalistes parce qu'ils ont été formés au chevet du malade, alors que les générations actuelles ne sont admises auprès des malades qu'en cinquième ou sixième année. L'étudiant de notre époque était en contact avec les malades en première année et même pendant le P.C.B. ; pour ma part pendant celui-ci j'avais demandé à être dans un service hospitalier. On préparait l'externat, ce concours permettait de choisir différents postes, les généralistes actuels ont fait ainsi des stages dans presque toutes les disciplines, car ils sont appeles depuis le nourrisson qui sort de la maternite jusqu'au grand père.

- R.J : Cela represente une grande variete de pathologie ?

- Dr : Oui, c'est très intéressant. Je pense que c'est là un avantage de ne pas être spécialisé, quand on parle de la formation continue je pense que c'est la meilleure formation que l'on ait. Vous êtes obligés d'exercer toutes les disciplines.

La médecine est tellement spécialisée que les généralistes sont des spécialistes en médecine générale en quelque sorte. Parmi les jeunes qui sont sortis, beaucoup ont essayé de se spécialiser et le nombre de généralistes authentiques a certainement dû diminuer.

- R.J : Est ce que le généraliste a sa place malgré la présence de multiples spécialistes ?

- Dr : Au contraire ! mieux que jamais. Bien sûr il a sa place !

- R.J : Est ce qu'il coordonne un peu le travail des spécialistes ?

- Dr : Oui il y est bien obligé. Les spécialistes travaillent dans un milieu étanche et le médecin doit faire appel à eux de temps à autre, étant donné l'évolution des techniques. Les spécialistes travaillent tellement en vase clos que si l'on était pas là pour synthétiser les données qui nous sont fournies par d'autres, cela ne servirait à rien.

- R.J : Vous me parliez tout à l'heure de psycho-somatique, est ce que le médecin a ce rôle ? est ce qu'il est formé à ce rôle ?

- Dr : Psycho-somatique, on peut aussi parler de somatopsychique ; c'est là son aspect encore plus humain.

Il n'y a rien à la Faculte qui le forme, il n'y a pas d'école de psycho-somatique ; je crois que c'est l'expérience qui vous l'enseigne, sur le tas. On ne va pas dire qu'un malade à un trouble psychique ou fonctionnel sans avoir éliminé les lésions organiques.

Ca vous oblige à voir un malade, à y passer le temps, faire des examens, demander une radio s'il le faut, et si vous n'avez rien trouvé, si le malade ne s'est pas livré à vous au cours d'un interrogatoire médiocre, (un interrogatoire bien conçu qui quelques fois dûre longtemps vous oriente déjà), il faut pousser beaucoup plus loin l'interrogatoire ; là on s'aperçoit

quelquesfois de situations invraisemblables de petites choses qui vous avaient échappées, ou que le malade n'avait pas voulu dire ; les gens ont tellement une vie de fou qu'ils ont un tas de problèmes ou qu'ils s'en créent en définitive, ils ont des désordres vrais et réels que vous découvrez et rattachez à leurs perturbations, émotives, professionnelles ou familiales.

Mais ça, cela s'apprend sur le tas, je ne pense pas que ce soit la Faculté qui puisse l'enseigner, on peut uniquement vous mettre en garde, vous apprendre à examiner un malade. La Faculté est très didactique, elle vous apprend ce qu'est une maladie, comment la reconnaître, mais le caractère humain de l'acte ce n'est pas la Faculté c'est l'hôpital qui peut vous l'apprendre. C'est pour cette raison que je pense que les étudiants actuels ne sont pas favorisés, il leur manque environ trois années sur sept de contact avec les malades, je pense que cette lacune est énorme.

- R.J : Est ce qu'il faut faire de la psychiatrie pour faire une médecine psycho-somatique ?
- Dr : oh non ! certainement pas ! la psychiatrie est quelque chose de tellement particulier. Je fais appel aux psychiatres très souvent, mais pour des cas bien précis pour les malades qui sont vraiment des psychiques, des déséquilibrés psychiques. Les autres ne sont pas des malades mentaux, je pense que le psychiatre est réservé au malade mental, c'est une spécialité, rien que le jargon du neuropsychiatre est quelque chose de bien particulier et les études bien spéciales.
Mais avoir à faire de la psychiatrie pour traiter un malade de médecine générale, certainement pas, c'est un domaine précis. Nos malades sont des fonctionnels, ce sont pas des malades mentaux, ils ont un trouble peut être d'ordre psychique, mais ce ne sont pas des malades psychiques. Ce sont des malades qui souffrent, qui ont un trouble organique dont la commande, la motivation est psychique. Le neuro-psychiatre est vraiment réservé aux malades mentaux qui nécessitent vraiment un médecin particulier, une thérapeutique particulière.

- R.J : Vous ne m'avez pas parlé des remplacements, sont-ils importants pour la formation ?
- Dr : Oui bien sûr ! je pense que l'on ne peut pas s'installer sans avoir fait de remplacements.

- R.J : Combien de temps ?
- Dr : Personnellement j'ai fait deux ou trois remplacements d'un mois avant de m'installer.
 Dans un remplacement on acquiert le sens des responsabilités. Une fois installé vous êtes seul avec votre malade, et seul à prendre les responsabilités. Il faut faire face à toutes les circonstances bien particulières. Un malade en médecine courante est différent de ce qu'on voit à l'hôpital.

- R.J : Vous m'avez parlé tout à l'heure de somato-psychiques ?
- Dr : C'est le caractère beaucoup plus humain, ce sont des malades organiques, les cancéreux en particulier qui ne se sentent pas tout à fait condamnés, qui ne veulent pas se l'avouer, mais qui souffrent moralement de part une lésion vraie organique.
 Pratiquement le rôle du médecin est très limité, ce sont des gens dont le moral est atteint, il faut s'entourer d'aplomb quelques fois : ils sont en bas de la corde, bien, si vous discutez, si vous mettez dix minutes ou un quart d'heure à les remonter ces gens là sont transformés, et cela nécessite de rester un quart d'heure assis à côté d'eux.
 C'est le retentissement psychique d'une maladie.
Je pense que redonner la confiance à un malade qui l'a perdu est quelque chose d'énorme.
 Et bien cela est possible dans la mesure où vous avez le temps. Cette médecine où il faut tout faire à toute vitesse, où il faut multiplier les actes est une inconscience, on vous pousse à multiplier les actes au lieu de les revaloriser.

- R.J : Cette médecine rapide est-elle compatible avec la vie de famille du médecin ?
- Dr : Médecine rapide ou Médecine de Famille ce n'est pas très compatible avec la vie familiale.

Le Médecin de Famille sacrifie sa propre famille pour être à la disposition des familles des autres.

- R.J : Même avec les aménagements actuels ?

- Dr : Un petit peu mieux. Depuis qu'on a installé des tours de garde du samedi après midi au lundi matin, on se sent quand même plus libre moralement, parce que le travail n'est pas abandonné, et les malades ont quand même compris que les médecins ont besoin d'un jour de repos. Ils savent que pour les urgences ils sont couverts par le médecin de garde. Cela libère le médecin, mais le lundi on se retrouve avec une foule de gens qui, si vous aviez été chez vous, vous aurait fait venir le dimanche, mais comme ils savent que vous êtes partis s'ils ont 39 ou 40° ils attendent le lundi matin pour vous faire venir. Cela vous montre toute l'importance du Médecin de Famille.

- R.J : Il faut prendre des vacances aussi ?

- Dr : On prend un congé, et presque tous les médecins dans l'année partent huit ou dix jours au mois de février ou mars?

- R.J : Ce temps est consacré à sa famille ?

- Dr : Oui, mais ça fait peu de temps. Dans une enquête récente, on a demandé au médecin s'il était content de son sort et bien il est apparu qu'il voulait continuer ce type de médecine. Moi, je recommencerais certainement, bien que l'on ait un peu souffert sur le plan familial. Les gens qui rentrent chez eux à 17 heures, ne connaissent pas leur bonheur.

- R.J : Y a-t'il une différence entre le milieu urbain et le milieu rural ?

- Dr : Il y a une différence, ce qui ne veut pas dire que la médecine rurale est plus facile que la médecine urbaine, tout dépend s'il s'agit de médecine de campagne ou de médecine de montagne. Je pense que la médecine rurale est une forme plus espacée, plus étendue, le médecin va d'un endroit à l'autre, physiquement et moralement cela peut le reposer un peu, par contre le médecin urbain travaille comme un fou, il rentre dans son

cabinet à 13 heures, en sort à 20 heures, court, monte des étages et en définitive le temps d'oxygénation et de liberté est réduit au minimum. Alors que le médecin rural organise mieux son temps, il est moins tributaire aussi, la demande, je pense, n'est pas tout à fait la même qu'en ville.

- R.J : Vous ne pensez pas que d'autres professions ont une vie familiale réduite à partir d'un certain niveau, voyageurs de commerce etc... ?

- Dr : Les voyageurs de commerce oui, il y a des cadres aussi, mais ce n'est pas une majorité.

Le Médecin de Famille a une vie très dure, c'est pour cette raison que c'est une espèce en voie de disparition.

En 1985 il y aura 50 000 médecins de plus et j'ai l'impression que le Médecin de Famille sera un vestige.

...on va demander beaucoup plus d'actes. La consommation médicale est deux fois plus importante, on sera obligé donc de faire un nombre d'actes deux fois plus important.

Il y a eu un progrès sur le plan couverture, qui était indispensable, en particulier sur l'acte hospitalier qui est tellement coûteux ; le malade est garanti pécuniairement.

Mais dans le sens de l'exercice d'une médecine plus humaine on a fait certainement un pas en arrière considérable !

Le malade entre de plus en plus dans une chaîne, bientôt il mettra son ticket dans l'ordinateur pour recevoir le diagnostic.

Moi je ne sais pas ce que vous en pensez, vous les jeunes, mais cette médecine là, est ce que vous en voulez ? Cette médecine où il faut être au service des malades vingt quatre heures sur vingt quatre pour des honoraires qui sont presque bloqués, pour un pouvoir d'achat qui réduit de plus en plus il faut vraiment aimer le métier comme on l'a fait pour l'exercer.

- R.J : C'est un feu sacré ?

- Dr : Oui certainement. Maintenant c'est moi qui vais vous poser une question, puisque vous êtes en 7ème année, et que vous terminez vos études, est ce que cette notion d'exercice de

médecine vous l'avez, ou bien si, comme beaucoup de jeunes médecins généralistes qui m'ont demandé des remplacements, vous voulez terminer à 18 heures, avoir vos samedis et dimanches ? Et c'est logique, ce n'est plus ce qu'exige le malade du médecin.

- R.J : Je crois qu'il y a de tout dans le milieu des étudiants : des futurs commerçants, comme des vocations. J'ai fait cette thèse pour explorer ce côté là, ce côté feu sacré, ce côté vingt quatre heures sur vingt quatre.
- Dr : vingt quatre heures sur vingt quatre, cet horaire a quand même été un peu aménagé, la qualité de Médecin de Famille, c'est se déplacer, d'être au service de ses malades vingt quatre heures sur vingt quatre. Les gens qui ont confiance en leur médecin, vont l'appeler à trois heures du matin. Le médecin se sent moralement engagé et y va, mais on ne reprochera plus au médecin de ne pas se déranger à trois heures du matin, j'entends dans notre région., parce qu'on a créé un service de garde de nuit.
Les malades ont pris l'habitude de ne pas déranger leur médecin, mais de faire appel au médecin de garde qui vous renvoie votre malade le lendemain ou deux jours après. Il ne faut quand même pas décourager les jeunes qui s'installent en leur disant ce sera vingt quatre heures sur vingt quatre. Ce sont des journées très longues, quatorze, quinze, ou seize heures, il doit être disponible tout le temps, mais je ne dis pas qu'il doit travailler vingt quatre heures sur vingt quatre, il y a quand même des nuits pour récupérer.
- R.J : Quelles sont les qualités et dispositions qu'il lui faut pour exercer ce métier ?
- Dr : Je pense qu'il faut aimer le malade avant tout ; il ne faut pas débuter dans la profession, comme beaucoup de médecins le font, en voulant gagner de l'argent tout de suite.
A mon époque, ^{on} débutait avec rien, sans aucune aide, on se faisait notre clientèle à la force des poignets, en restant de permanence le dimanche, disponible vingt quatre heures sur vingt quatre, sept jours sur sept. C'est à dire qu'il faut

aimer le métier, les malades, en se disant que cela ne sera pas rentable tout de suite. Quand je pense que de nombreux jeunes médecins d'une génération à qui l'on a tout offert, veulent gagner de l'argent tout de suite....

Partir avec cette idée là n'est pas très compatible avec une médecine de famille. Bien sûr on a une famille, des enfants, il faut les servir, je pense que les deux peuvent s'aligner, mais le problème de rentabilité ne doit pas être envisagé en premier. Il faut aimer son malade, savoir être disponible, je reviens sur cela car je pense que la disponibilité vis à vis du malade doit être importante.

- R.J : N'est ce pas une question de courage ?

- Dr : Il faut être courageux pour accepter de travailler seize heures par jour, dont très souvent cinq ou six heures de nuit à un tarif de jour, car en définitive le médecin travaille jusqu'à onze heures ou minuit pour des visites qui ont quelques fois été demandées avant huit heures, il fait donc une médecine de nuit avec des honoraires de jour, chez un ouvrier courant ces heures sont payées en heures supplémentaires.

Il faut être courageux moralement et physiquement, avoir une bonne résistance physique, savoir que l'on va travailler environ seize heures par jour et sacrifier une partie de sa vie familiale, cela compte. Le soir vous voudriez aider vos enfants à faire leurs devoirs, et bien vous êtes avec vos malades.

Il reste les vacances, les dimanches, il faut vraiment que le Médecin de Famille puisse aménager son temps. Il a quand même des possibilités qui lui sont offertes, le système de garde du samedi/dimanche, un jour dans la semaine sans consultation, une soirée. Là dessus doit se greffer encore la formation du médecin, le recyclage, c'est très important, il faut qu'il trouve le temps de se recycler, suivre un enseignement post-universitaire qui est très bien organisé dans la région.

- R.J : C'est très important qu'il ait une famille ?

- Dr : La famille est importante, le dimanche le samedi il voit quand même bouger ses enfants, son épouse est là pour le seconder. L'épouse du médecin c'est si vous voulez la moitié du travail

non rétribué bien entendu, mais qui l'épaulé, c'est capital, l'épouse du Médecin de Famille fait partie de la vie du Médecin de Famille.

Quand le médecin n'est pas là, c'est elle qui le remplace pour conseiller le malade, elle a un rôle important à jouer, que l'épouse du médecin de groupe n'a pas. Dans le cabinet de groupe, la femme est en dehors de la course, elle fait ce qu'elle veut, c'est un système qui est fait pour libérer l'épouse du médecin. Certaines épouses tiennent au contraire à participer à la vie de leur mari, elles leur permettent de se relaxer un petit peu, de se détendre de temps en temps même s'ils ne voient pas leurs enfants pousser, et les remplacent auprès de ceux ci.

- R.J : Pourrait-on faire une thèse sur les épouses de médecins ?
- Dr : Ce serait très intéressant à faire. Une thèse sur le mérite des épouses de médecins généralistes, pour leur rendre l'hommage auquel elles ont droit, et dont on se moque éperdument d'une façon générale.

x Comme mentionné dans la méthodologie, nous avons jugé utile d'indiquer sommairement pour chaque entretien le nombre d'années d'exercice pratiqué par notre interlocuteur.

ENTRETIEN N°2

(Ancienneté : 30 à 40 ans)

- Dr : Je suis généraliste et Médecin de Famille, installé depuis longtemps à la suite d'un médecin déjà généraliste, Médecin de Famille. J'ai hérité de sa clientèle très fidèle puisque des gens, vus dès les premiers jours d'avant guerre, je les soigne toujours, ou leurs enfants ou leurs petits enfants. Alors, on est avant tout le confident des familles ! on soigne et on a soigné le grand-père, le père, les enfants qui ont grandi : cela fait plusieurs générations. Je me rappelle maintenant un enfant que j'ai mis au monde en 1940, maintenant il est marié et je soigne ses enfants.
- R.J : Ce qui fait le Médecin de Famille, c'est la fidélité ?
- Dr : C'est la première chose je crois la fidélité, oui du patient. Oh ! il y a beaucoup de gens qui courent tous les médecins, toujours pour la même maladie et pour demander l'avis d'un autre confrère. Il n'en savent pas plus, mais enfin c'est quelque fois pour confirmer, quelque fois parce que la médecine ne coûte pas bien cher maintenant, puisqu'ils sont bien remboursés, ils n'hésitent pas à demander l'avis de multiples médecins. Mais dans le fond la plupart reste fidèle quand même. Un de nos maîtres nous disait qu'une clientèle se renouvelait tous les dix ans, moi je ne crois pas. Il y a quand même une fidélité, mais on a forcément toujours de nouveaux patients ; il y en a que l'on prend s'ils quittent le quartier ou la ville, mais certains même me sont restés fidèles, bien qu'ils habitent maintenant à quinze kilomètres, c'est admirable.
- R.J : Vous considèrent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Et oui, et comme de leur famille. Je connais tous leurs secrets professionnels, leurs ennuis, toutes leurs difficultés soit professionnelles, familiales ou autres !

- R.J : Ce n'est pas forcément médical ?
- Dr : Même extra-médical.

- R.J : Les soucis familiaux, les conflits de...génération ?
- Dr : Bien sûr, aussi, je vais vous citer un exemple :
 Je soignais une famille, le jeune pour la rougeole etc...
 Quand il a passé son bac, il est venu me voir pour savoir s'il pouvait faire sa médecine. Et bien, c'est un de nos maitres maintenant, je ne veux pas citer son nom, professeur à la Faculté.

- R.J : Vous avez vu plusieurs générations et même de médecins ?
- Dr : Et même de médecins...

- R.J : Votre rôle spécifique de Médecin de Famille maintenant ?
- Dr : Il est très vaste. On me demande des conseils pour mille choses.

- R.J : D'ordre social ? Juridique ?
- Dr : Aussi ! tout ce qui touche le plan humain, c'est le mot, c'est très vaste. Nous sommes Médecin de Famille mais souvent aussi l'ami de la famille.

- R.J : Vous avez une place ?
- Dr : Oui, c'est réel, nous avons une place dans leur famille, ils disent "mon Médecin de Famille" ; ils ont confiance en nous, nous faisons ce que nous pouvons et si nous voyons quelques difficultés nous les adressons aux spécialistes concernés.
 Nous sommes les conseillers pour tout problème.
 Parfois on les met au monde, puis on les suit jusqu'à leur mort, quand ils ont de graves maladies "KC" ou autres ils sont heureux de venir nous demander conseil, du moins la famille, l'entourage même ; et il faut le dire, eux nous les aidons à mourir, si on peut.

- R.J : Voyez-vous une opposition entre généraliste et Médecin de Famille ?
- Dr : Ah non ! c'est la même chose. Un spécialiste ^{ne} peut pas bien être Médecin de Famille, vous ne pouvez pas consulter un cardiologue

sur une question d'estomac ! Il vous dira de vous adresser à la spécialité concernée. Nous nous englobons tout, c'est justement quelque fois difficile parce que nous sommes à peu près obligés de tout savoir pour pouvoir guider les gens. Il faut une formation très vaste ! c'est pour ça que le généraliste est obligé de suivre les cours d'E.P.U. pour se perfectionner se tenir au courant sur toutes les questions de toutes les spécialités.

Il faut qu'on sache tout, non pas un petit peu de tout, mais quand même pas mal de choses sur toutes les questions.

Je vous dis, l'E.P.U. est très important, le mois dernier il y avait une conférence du Professeur X sur les nouveaux traitements des calculs de la vésicule. C'était important de le savoir, des malades vont nous poser la question : "Que pensez-vous de ça ? cela donne-t'il des résultats ? ma femme a des calculs, peut on faire dissoudre ces calculs ?". On est obligé de savoir.

- R.J : Vous avez un rôle d'information ?

- Dr : D'information, de guide et d'éducation.

Nous les aiguillons vers le spécialiste s'il le faut, nous le rassurons quand il n'y a absolument rien de méchant.

Il y en a combien qui viennent nous consulter : "Docteur, j'ai peur d'avoir un Kc !", tous les jours nous entendons ça hélas quelques fois c'est vrai, très souvent nous les rassurons, leur faisons faire des radios, des examens afin d'éliminer le Kc.

- R.J : Et sur l'aspect psychologique des gens, avez vous un rôle à jouer ?

- Dr : Je crois, psychologique, oui, parce qu'ils ont une confiance en nous. Il faut qu'ils aient confiance en nous. On ne doit pas être un plaisantin, mais un médecin sérieux. Ça fait longtemps que j'exerce, je suis connu, sans vouloir me vanter, pour mon sérieux, je ne suis pas un noceur... Vous comprenez !

- R.J : Pour aborder les problèmes psychologiques faut-il une formation spéciale ?

- Dr : Nous y arrivons ! Il en est bien question, c'est l'histoire de Bobigny, on en parle beaucoup, on parle d'un C.E.S. Généraliste, c'est à l'étude peut-être !

- R.J : Votre sentiment à ce sujet ?
- Dr : Il faudrait que l'étudiant en médecine soit passé dans tous les services. Qu'il ait fait de l'hôpital, dans un service de médecine générale, mais aussi qu'il soit passé en ophtalmologie, en cardiologie, en chirurgie bien sûr.
Ancien interne de l'Hôpital x, où j'avais un très bon maître, renommé pour être un clinicien de premier ordre ! Il a formé des générations de médecins, qui se souviennent de lui et qui disent toujours : "j'ai appris grâce à lui beaucoup de choses, mon métier de généraliste". Il nous a donné non pas des trucs, mais des consignes : savoir comment examiner un malade, savoir la séméiologie, il était très fort en clinique, c'était un clinicien renommé ; tous les anciens internes de cet hôpital vous diront que tout ce qu'ils savent, ils le savent grâce à lui. Il nous a préparé à ce rôle de médecin généraliste et de Médecin de Famille.
J'ai été deux ans dans son service en tant qu'interne, à ce moment là il n'y avait pas de C.E.S. c'était l'internat le plus important, là on avait une responsabilité on voyait les malades.

- R.J : Pensez-vous avoir été préparé à ce rôle à la Faculté ?
- Dr : Surement pas. Seulement par l'internat en médecine générale. Voilà le défaut de l'internat actuel, une spécialisation dès le départ. Ils ne savent pas ce que c'est que d'être médecin généraliste. Etre interne dans les villes de Faculté c'est pour être spécialiste, en préparant l'internat ils ont quand même écouté des coeurs, mais après fini ; les chirurgiens ne savent plus ausculter un coeur. Nous nous l'avons fait par l'internat de médecine générale avec un peu de chirurgie, un peu de tout. Et puis il y a eu les remplacements, j'ai remplacé quelques médecins, c'est intéressant à la ville ou à la campagne, je préférais en ville. Je me suis préparé à ma profession ainsi, sans me vanter je pense que ça a bien marché.

- R.J : Quels sont vos rapports avec les organismes sociaux, les hôpitaux, la Sécurité Sociale... ?
Devez-vous tout savoir à ce sujet ?
- Dr : Bien sûr, toutes les questions de la Sécurité Sociale.
Tout à l'heure quelqu'un me téléphonait parce que la Sécurité Sociale voulait mettre son mari à l'invalidité, j'ai dit non il n'a que 52 ans d'accord c'est une maladie invalidante, mais il est plus intéressant pour lui d'être en longue maladie... il faut être au courant de ces problèmes...
- R.J : Et les assistantes sociales ?
- Dr : Je suis toujours en très bon terme avec elles.
- R.J : Quand vous envoyez vos malades à l'hôpital, les suivez vous ?
Est ce que c'est important ?
- Dr : Ah toujours ! oui. Si on envoie un malade à l'hôpital en pensant à une intervention chirurgicale, il est utile de savoir si on l'a opéré, ce que l'on a trouvé en cours d'intervention pour savoir les suites, car on reverra le malade à sa sortie d'hôpital. En fait, les médecins ou chirurgiens des hôpitaux m'adressent régulièrement des compte rendus, un résumé de leurs observations. Je sais ainsi ce que l'on a trouvé.
- R.J : Une information pour vous, mais aussi un échange ?
- Dr : Toujours, je vais souvent les voir, et ça leur fait plaisir, il n'y a rien de tel. Vous ne pouvez vous imaginer le plaisir que ça fait au malade, un opéré, de voir son médecin. Il a le sentiment de n'être pas oublié, qu'on ne le laisse pas tomber. L'envoi à l'hôpital n'est pas un débarras, c'est justifié par la demande d'examens complémentaires.
Quand on a un doute, on sait aussi ce qu'il faut faire, c'est important pour la suite. Ce n'est malheureusement pas automatique, pas du tout. Nous restons donc toujours en contact avec le chirurgien, un échange car je lui envoie au début un petit mot d'explications, en lui demandant de me tenir au courant des suites. Tous les chefs de services le font, c'est capital. Par ce biais les clients nous restent fidèles, car ils savent que le médecin s'est occupé d'eux et qu'il les suit.

Je suis le permanent.

- R.J : Et pour les problèmes psychiatriques ?
- Dr : C'est plus délicat ça. La psychiatrie c'est la bouteille à l'encre. Il y a de gros problèmes. Nous les adressons aux psychiatres bien sûr, dans les hôpitaux, au Vinatier même je vais voir des malades quelquefois qui sont suivis là bas. Ce sont de gros problèmes.

- R.J : Et vous vous engagez dans certains...labyrinthes ?
- Dr : Oh la la ! cette psychiatrie... !

- R.J : Et quels sont les obstacles rencontrés dans l'exercice de votre profession ?
Ce qui fait que ce n'est pas choisi actuellement ?
- Dr : Si je vous disais franchement mon opinion... Il y en a beaucoup qui font des spécialités par paresse. Non par paresse d'étude, il leur faut faire deux ou trois ans de plus, mais parcequ'ils n'ont pas le courage de s'installer Médecin. Il faut plus de courage pour être médecin généraliste ; la dermatologie par exemple : pas de visites de nuit, pas de dérangement à tout moment.

- R.J : Il faut au généraliste une disponibilité ?
- Dr : Et oui ! Moi je prétends que c'est de la paresse de leur part. Il faut du courage. Surtout à la campagne, il faut tout faire : des plâtres, des réductions de fractures, il faut en savoir des choses et ne pas avoir peur.
La jeune génération n'est pas très courageuse. C'est vrai ! Ils font certaines spécialités pour ne pas être trop dérangés, les pédiatres ne font même pas de visites à domicile, et encore moins de visites de nuit. Les dermatologues et les ophtalmologues c'est la même chose.

- R.J : Qu'est ce qui motive donc le choix d'être généraliste ?
Quelles sont les qualités nécessaires à ce choix ?
- Dr : Je vous le dis, d'abord du courage, n'être pas feignant, aimer l'action, et puis du dévouement : on est appelé à toute heure

du jour et de la nuit.

Surtout jeune installé, j'en ai fait des visites de nuit et des gardes le dimanche et les fêtes. Non seulement pour créer une clientèle mais parce que j'aimais bien travailler comme ça. Chez les spécialistes il faut aussi bien du courage, prenez les chirurgiens : il faut prendre des risques, d'abord ne pas faire de bêtises, prendre des décisions, faut-il opérer ou non ? est-ce bien une appendicite ? c'est souvent pas facile . Notre rôle est extrêmement vaste ; c'est passionnant et je ne regrette rien.

- R.J : Qu'est ce qui nuit au bon déroulement de votre profession ?
- Dr : Il n'y a rien ! Oh si ! au point de vue fiscal, nous sommes écrasés par le fisc, nous travaillons comme des nègres et payons énormément d'impôts. Ca surement ! Autrement non... d'être disponible est difficile, pouvoir répondre à la demande vingt quatre heures sur vingt quatre, obstacle physique donc. ... J'ai des amis spécialistes et ne peux dire du mal d'eux. Entre médecins nous sommes en très bons termes, nous nous réunissons régulièrement chaque année pour confronter nos problèmes, fiscaux bien sûr, de conventionnement, de tarif, pour les gardes etc...
- R.J : Le médecin de campagne n'est-il pas trop isolé ?
- Dr : Certainement, peut être moins maintenant. Pas moi, même si je m'absente une semaine je ne prends pas de remplaçant, autrefois oui, mais pas depuis deux ans. Maintenant j'adresse mes malades à un confrère voisin qui par réciprocité à son absence m'adressera les siens.
- R.J : Pensez-vous en tant que généraliste et Médecin de Famille correspondre à un besoin ?
- Dr : Certainement. Vous avez vu ce que Madame Veil a dit : "le généraliste il y en aura toujours besoin" ; c'est quand même une nécessité. C'est une erreur que le malade aille de lui même voir le spécialiste. Les gens ont mal au coeur, ils vont voir un cardiologue, ce n'est pas forcément le coeur qui est en cause.

On voit beaucoup de malades qui se croient plus malins, qui veulent passer par dessus nous... C'est une erreur profonde. Vous verrez des cas semblables, tandis que le Médecin généraliste peut aiguiller, faire des examens etc...

- R.J : Un rôle dans la prévention des maladies ?

- Dr : Aussi, prévention des maladies infectieuses, vaccinations, conseiller de ne pas boire, de ne pas fumer etc...

Nous sommes responsables des gens et de leur famille...

Beaucoup de généralistes ont un à côté, certains sont médecins des écoles, c'est une prévention aussi, également un complément financier important ; d'autres sont médecins vaccinateurs au bureau d'hygiène, vaccataire de médecine du travail (trois ou quatre matins par semaine). Ca permet de voir aussi autre chose.

- R.J : Pouvez-vous me donner une définition du terme peu officiel de Médecin de Famille ?

- Dr : Une définition ? ... C'est le confident... le responsable sur le plan santé, des familles qui ont confiance en lui.

- R.J : Qu'est ce que vous conseilleriez à un jeune qui hésite à choisir entre poursuivre ses études ou devenir généraliste ?

Quels arguments ?

- Dr : Ca dépend ^{de} ce qui lui plaît. Il faut ne faire que ce qui vous plaît réellement.

Moi, ça m'a plu, puisque j'y suis resté. Il faut du courage et ne pas avoir peur. J'ai pris la suite d'un médecin mort six mois avant, un cabinet presque tombé à zéro, la guerre. J'ai tout recréé par mon courage... mon travail... ça n'a pas été sans peine... je suis à présent très satisfait...

Les spécialistes doivent aussi faire leur trou... mais enfin...

Depuis trente six ans j'ai tout vu... Ce serait à recommencer, je le referai sûrement. Bien que maintenant il y ait des difficultés, dans mon quartier il s'est installé depuis sept ou huit ans des spécialistes en grand nombre et de branches très diverses, une grande concurrence... Avec des gens qui vont directement chez eux...

La médecine a bien évolué...

ENTRETIEN N°3

(Ancienneté : 30 à 40 ans)

- R.J : Vous considerez vous et vos malades vous considèrent ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Je le pense. Je suis des malades depuis trente ans, ils me sont restés fidèles c'est une question d'entente. J'ai été formé sur le tas, les circonstances de la guerre m'y ont obligé. Il n'y avait pas de concours d'internat ces années là. Nous subissions des privations. On était obligé au dévouement, comme un medecin de campagne. Notre prestige etait plus grand autrefois, nous étions normalement liés aux malades et etions présents et disponibles tous les jours : pas de dimanche, pas de jour férié ou chomé, il n'y avait pas de tour de garde. Pour les accouchements il fallait rester dans les parages autour du terme toujours approximatif...
- R.J : Autrefois vous ressembliez à un medecin de campagne ?
- Dr : Quand je me suis installé dans ce quartier de Lyon, c'était un gros village, j'étais tout seul, il n'y avait que deux medecins très ages dans le voisinage. Ces circonstances d'alors étaient très dures, nous avions les Allemands sur le dos ; je faisais mes vingt kilomètres à bicyclette par jour, nous étions mal ravitaillés, nous avions des dettes etc... De ce fait j'ai été véritablement et peut être plus le Médecin de Famille, tout était dur, on se groupait autour du Medecin, certains autour du curé qui faisait un peu de résistance, un petit espoir contre les Allemands. Pour ma part, sans vouloir me donner de gants, j'ai fait des faux papiers, des faux certificats pour empêcher les français d'aller au S.T.O. et ça commençait à se savoir dans le quartier. Et de ce fait un noyau de clientèle s'est beaucoup attaché à moi ; il n'était pas question de prendre des vacances. L'externat était un concours qui valait un petit internat de maintenant, on avait l'avantage au cours de nos etudes d'être en contact avec le patron ... ça n'existe plus guère.

Au départ on avait donc une formation médicale qui était un peu différente... Nous parlions des grands maîtres avec beaucoup d'émotion... On a conservé cet état d'esprit vis à vis de nos malades.

Quand on a accouché une femme il faut remarquer qu'elle est très attachée à vous, on a sorti de son ventre son petit. Ces gosses que j'ai mis au monde, je les ai soignés, j'ai fait ainsi beaucoup de pédiatrie. Il n'y avait pas de pédiatres de quartier, d'ailleurs les pédiatres actuels font la même pédiatrie que nous faisions nous généralistes. Parfois c'est un peu pénible, il y a un certain snobisme à aller directement chez le pédiatre ; enfin il faut partager l'évolution.

J'ai vécu l'époque d'avant les antibiotiques, cela a changé la médecine du tout au tout : on mourait d'un rhume de cerveau un nourrisson faisait une rhinopharyngite : 40°, rouge, on disait "c'est rien", à trois heures du matin il était blanc comme la mort et mourait dans ma voiture. C'était les toxicoles. Les spécialistes nous ont reproché de donner trop d'antibiotiques pour les rhinopharyngites mais ils reconnaissent qu'il n'y a presque plus d'otites.

Avant les antibiotiques dès qu'un tympan était gris et bombé on faisait une paracentèse.

Il n'y avait pas d'ambulance dans ce gros village, et quand il fallait emmener un enfant à l'hôpital, je l'emmenais dans ma voiture.

Ce genre de médecine d'alors, était un peu la médecine de campagne. Et puis la ville est montée, depuis la médecine est plus confortable ; on a organisé un service de garde, on peut partir tranquille à la campagne le dimanche se reposer.

Les cadences sont cependant augmentées, les médecins voient plus de malades, ont plus de coups de téléphone, ils ont plus d'analyses c'est un peu différent d'avant, ils prennent moins cher proportionnellement, donc ils ont augmenté leur cadence, même les non conventionnelles comme moi...

Le fait d'être non conventionnelle m'oblige à faire un effort supplémentaire, il faut que je leur donne plus vite et mieux, peut être, je ne sais pas...

Car si un malade vient chez moi, il faut vraiment qu'il en ait envie puisqu'il ne sera pas remboursé à 80% comme chez un médecin conventionné.

- R.J : Cela fait une sélection alors ?
- Dr : C'est sûr... Le type qui viendra chez moi a un problème, il sait que je le garderai une demi-heure. C'est alors l'éternel problème : "est ce que tu tiendras le coup ?"
- R.J : Vous occupez vous souvent de plusieurs personnes dans la même famille ?
- Dr : Oui, en général ça a commencé par les enfants. J'en vois beaucoup moins qu'avant, car les jeunes ménages pensent que nous ne connaissons pas la médecine infantile.
- R.J : Croyez vous que les malades jeunes ne voient plus le Médecin de Famille ?
- Dr : Ils n'appellent plus pour leurs enfants, pour eux ils y vont ! La vie pour nous est donc moins dure en un sens. Hier jour férié je suis allé à la campagne. Pour les accouchements j'ai été bloqué pendant quinze ans. Cela m'a obligé, peut être pas par dévouement, peut être par la force des choses, d'être beaucoup plus présent, on pouvait faire appel à moi jour et nuit, et je faisais aussi l'ambulancier...
- R.J : Faites vous une opposition entre généraliste et Médecin de Famille ? ou pensez vous que c'est la même chose ?
- Dr : (soupirs et hésitations)
Avant il y avait des super-généralistes, qui avaient fait l'internat, souvent le clinicat, et qui faisaient de la Médecine générale ; ils étaient alors le consultant de leur quartier... je suis à mi chemin...
J'ai fait beaucoup de gériatrie aussi...
Moi je crois que le Médecin de Famille ça restera, pour qu'il reste il faudrait qu'en vieillissant il change de promotion, c'est une idée qui m'est chère.
Chez Berliet^{ut}, à l'armée on change de catégorie, mes camarades sont actuellement colonels, ils ont changé d'échelon. Les diri-

geants syndicaux ont été assez lâches pour admettre une convention qui ne prévoyait pas une promotion interne... Je suis aussi curieux, je vais pratiquement à toutes les conférences post-universitaires. C'est intéressant et on y retrouve des confrères.

- R.J : C'est très important pour le Médecin de Famille d'être recyclé ?
- Dr : C'est très important ce qu'on retire de ces conversations autour du tapis vert, c'est beaucoup plus parlant que les revues. N'étant pas personnellement un héros je n'ai pas le courage de les lire, ça m'endort. On parle, et il y a peut être la gourmandise aussi ? un petit lunch... Enfin on ne saura jamais les motivations des médecins qui viennent se recycler, la joie de voir les amis, et c'est fatigant aussi. Tout ça est une grosse erreur qui risque de faire disparaître les Médecins de Famille au profit de ces médecins qui se mettent maintenant en cabinet de groupe. Sa caricature, c'est un de mes camarades d'étude de la banlieue parisienne, qui prend quatre mois de vacances car il a fait son plein au point de vue fiscal. Je ne sais pas s'il se considère vraiment comme un Médecin de Famille en foutant le camp quatre mois par an. Le reste du temps il est en cabinet de groupe, il a fait son calcul à partir d'un certain chiffre d'affaire, il n'a pas intérêt à rester plus longtemps, le fisc à ce moment là lui prend tout le surplus. C'est d'ailleurs la folie de certains jeunes médecins, qui se mettent en cabinet de groupe, multipliant les actes au début, les premières années, c'est bien car ça paie les dettes. Mais à partir de trente cinq ans ils devraient se calmer parce qu'à ce moment là le fisc ne tient plus compte des amortissements ; ils voient trente clients par jour, la région lyonnaise est pourtant une des plus raisonnable à ce point de vue là. Pour que le Médecin de Famille continue à vivre, il faudrait que tous les dix ans il puisse changer de catégorie, ce qui veut dire promotion interne, honoraires légèrement supplémentaires, surtout que plus on vieillit plus on fait de la

Médecine psycho-somatique, ça demande un effort, c'est fatigant.

- R.J : Vous ne vous occupez pas seulement des maladies, mais aussi d'un contexte ?
- Dr : Contexte familial aussi.

- R.J : Vous êtes un peu un arbitre social ?
- Dr : Oui. J'ai empêché des gamins d'acheter des voitures d'occasion, des gouffres, des trucs à musée, "Vous êtes fous, achetez vous donc une deux chevaux à tempérament".

- R.J : Vous pensez que c'est votre rôle d'intervenir dans les conflits qui partent de la médecine ?
- Dr : C'est aussi un peu ma nature, j'ai fait du scoutisme, éclaireurs de France du Lycée où j'étais.

- R.J : Vous avez été formé par la vie ?
- Dr : Oui, ça ne me déplaît pas, mais c'est long, très long.

- R.J : On n'est pas Médecin de Famille, on le devient ?
- Dr : On le devient parce que... c'est très compliqué... Au fond les jeunes n'ont plus le temps de faire ça ! c'est pas rentable ! Il y a des clients qui me disent : " Pourquoi ne prenez vous pas une secrétaire ?" Je réponds d'abord : "une secrétaire ça ne sert à rien. Toute communication devra m'être passée, elle ne pourra me dire si je peux vous recevoir ce matin, elle devra me le demander. Une secrétaire coûte cher en plus." Un médecin est comme un artisan, quand il gagne dix francs, 1/3 est pour le fisc, le reste est considéré comme frais professionnel. Là encore, il faudrait que la médecine soit au moins au tarif de la plomberie, pour qu'on puisse passer suffisamment de temps avec chaque malade.
Pour qu'un médecin puisse s'attacher aux malades il faut lui laisser le temps ... C'est ce qu'il y a d'atroce dans la convention, quand un médecin passe deux heures avec un alcoolique pour l'empêcher de se suicider ou de divorcer, il faudrait que ce jour là il prenne le prix d'un plombier.

Une gamine a tenté de se suicider aux barbituriques. Je lui ai fait un lavage d'estomac dans ce lavabo, le temps de l'envoyer à Grange Blanche, je lui ai quand même rendu service, cela a duré deux heures trente.

Pour un lavage je lui ai pris quarante francs (qu'elle n'a jamais payé), elle a bouché mon lavabo, ça m'a coûté soixante francs !

- R.J : Vous pensez que le Médecin de Famille reviendra si on améliore ses conditions de rétribution ?

- Dr : Cela dépend de l'évolution politique, la prière que je fais c'est que si on veut rester un Médecin de Famille, il ne faudra pas de politiciens sans foi ni loi.

Ca dépendra des élections, bien que tous les hommes politiques qui nous écrivent au moment des élections, de tous bords, sont pour le Médecin de Famille. En vérité ces zozos, leur système on n'en veut pas. Les mots d'ordre ont changé, mais c'est toujours pareil. Ce sont des hypocrisies politiques, comme on en a vu au cours de l'histoire.

- R.J : Vous avez une responsabilité politique en temps que médecin ?

- Dr : Je crois que les médecins ont une grosse responsabilité politique, et c'est dommage qu'ils n'essaient pas de temps en temps de l'expliquer à leurs malades.

Où est l'hypocrisie ? L'hypocrisie c'est qu'au nom d'un idéal de justice sociale, de bonté et de charité, les hommes étant des hommes se conduisent parfois comme des dictateurs, des tueurs qui aiment torturer.

- R.J : Est-ce que vous recommenceriez votre profession ?

- Dr : Ah oui ! Si c'est pour l'exercer comme je l'ai exercé, même avec tout ce que j'ai pu supporter comme difficultés au début, la guerre, la crainte d'être déporté... Mais si c'est pour être tributaire d'un pouvoir politique, je ne recommencerai pas, je préférerai faire autre chose.

En médecine libérale même socialiste, oui !

En économie où la médecine est le tueur à la solde du gouvernement, je ne veux pas.

ENTRETIEN N°4

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- Dr : Je suis Médecin de Famille. Cette notion de Médecin de Famille est revenue à la mode il y a quelques années, quand on s'est aperçu qu'un certain nombre de gars s'orientaient vers la spécialité et non plus vers la médecine générale. En campagne il n'y avait rien de changé, on avait toujours eu un Médecin de Famille et il existe toujours. J'ai commencé à mettre Médecin de Famille sur mes ordonnances quand j'ai réaccouché la fille que j'avais mise au monde, et qu'entre temps j'avais mariée... puisque j'ai des fonctions municipales. C'est un cycle qui m'a fait plaisir, il y a des familles où j'accouche la quatrième génération au bout de vingt quatre ans de médecine : la dernière petite fille, la mère la fille et entre temps je les ai mariées. Je trouve que cette notion de Médecin de Famille est très intéressante. La médecine de famille se rencontre certainement plus en milieu rural qu'en milieu urbain. Ici il n'y a pas d'axe de circulation traversant le village, c'est resté rural. Le Médecin de Famille est resté comme ça. C'est prenant de l'être mais rudement intéressant parce qu'à la campagne le médecin représente encore quelque chose, vous êtes Monsieur le Docteur, ils vous tirent le chapeau, vous crevez dans un chemin creux ils viennent vous changer votre roue. C'est une notion qui est très reconfortante pour le médecin, c'est pas tellement l'argent que vous gagnez, parce qu'un médecin qui connaît un peu la médecine, gagne sa vie, mais c'est le respect que les gens vous témoignent, vous n'êtes pas le type que l'on bouscule sur le trottoir, on vous salue, vous êtes un notable. Les gens vous apportent des cadeaux, ils tuent le cochon et vous apportent un morceau, un autre un lapin, maintenant c'est la période des fraises ; les cadeaux sont extrêmement variés, une fois un bel oignon ! c'est un truc original ça, accompagné de la recette de l'oignon farci. Ca c'est le côté folklorique du Médecin de famille.

Du point de vue professionnel ça change tout, c'est intéressant, vous connaissez toute la famille, vous n'avez plus de problème, l'interrogatoire est très réduit, vous savez à qui vous avez affaire. Quand vous avez mis un gosse au monde, vous l'avez vu grandir, vous savez tout de suite les antécédents, il n'a pas à le questionner, la thérapeutique est plus simplifiée, plus correcte à mon sens, on évite pas mal d'ennuis. Et puis il y a une question de confiance : le gosse a 40° et on ne lui trouve rien, on dit : "donnez lui de l'aspirine, on verra bien demain". Je suis sûr qu'ils suivront mes conseils et qu'ils ne chercheront pas un autre médecin pour avoir un autre avis. Ils sont vraiment confiants, c'est un truc difficile à porter sur le plan médical parce que dire à quelqu'un "vous avez une pneumonie, c'est grave" c'est pas bien compliqué, mais dire "vous avez 40°, vous n'avez rien mais prenez donc de l'aspirine" là vous prenez un risque quand même car là ça peut être autre chose. Si vous perdez vingt quatre heures ils seraient en mesure de vous le reprocher, si vous avez fait une erreur effectivement. Là vraiment ils ont confiance, il n'y a pas de problème.

Il faut aimer le milieu rural bien sûr ! les gens y sont très attachants, simples et francs.

- R.J : Sont-ils fidèles ?

- Dr : Oh oui ! là il n'y a pas de problème.

- R.J : Ca tient à la population ?

- Dr : Je crois que les gens sont fidèles à leur médecin même ceux qui quittent le village, ils reviennent à la consultation, même dix ans après et certains de loin.

Je fais une statistique sur le nombre des communes où j'exerce, c'est simple : environ trente et une communes.

Je note où est ma clientèle et ce qu'elle devient, ça me permet de voir qu'elle est fidèle et malgré ma double association... et d'autres installations nouvelles. Je n'étend pas ma clientèle, j'aurai plutôt tendance à réduire mon activité.

En restant dans le cadre de la Médecine de Famille je n'en prends pas de nouveau, mes associés sont là pour ça, ils m'aident.

- R.J : Est ce que vos malades sont forcément des ruraux ?
- Dr : Non pas toujours des agriculteurs : des gens fidèles, des gens de milieu urbain mais fidèles à leur medecin.

- R.J : Un Médecin de Famille est celui qui soigne les différents membres d'une famille ?
- Dr : Il soigne toute la famille, mais surtout un confident c'est surtout ça. Ils viennent demander des conseils pour placer de l'argent, il n'y a pas de notaire dans le pays, pour marier les enfants : ce sont des questions extra-médicales. Maintenant la liberté dans le domaine de la sexologie est plus grande, ils ont trompé leur femme, ou les femmes leur mari, et ils viennent nous dire "est ce que cela ne risque rien ?" ; sans honte, nous sommes leur confident. Ils nous connaissent et savent que nous les connaissons.

- R.J : Est-il possible de définir le Médecin de Famille ?
- Dr : Le Médecin de Famille est un homme de bon conseil, c'est pas un spécialiste, il doit orienter tout de suite son malade vers le spécialiste si du point de vue médical il y a des problèmes. Pour pouvoir envoyer vers les spécialistes, il faut avoir une bonne assise de clientèle sans vouloir "garder les malades pour soi en disant: "ils ne reviendront pas, un gros cabinet médical et de l'honnêteté à dire "je ne peux pas tout savoir, vous allez demander le truc, et vous ramènerez la réponse, on verra après ce qu'il en est".

- R.J : Il est conscient de ses limites, mais il est formé quand même sévèrement ?
- Dr : Oui, il faut une bonne formation de Médecine Générale de base, savoir qu'il peut y avoir des problèmes même sans savoir lesquels mais qu'il peut y en avoir.

- R.J : Est-on Médecin de Famille en s'installant ?
- Dr : Non, on le devient, c'est sûr, il faut la confiance des gens et l'expérience, s'adapter, c'est une tournure d'esprit. Et puis, il faut avoir une prestance, il faut être carré... il faut réussir dans la vie, réussir ses propres affaires,

le type qui mégote, qui est mal mis, on sent que ça tire, il ne peut pas le devenir. Une façade est une réussite. Le physique du type à une importance considérable, c'est impressionnant.

- R.J : Et ses qualités ?

- Dr : Ses qualités sont surtout humaines, il ne faut pas être fier, et pas vulgaire non plus. Il faut se mettre à la portée des gens, avoir vécu dans leur milieu. Il ne faut surtout pas être snob ni moraliste. C'est terminé le Médecin de Famille qui se prend pour le curé du pays, ça ne marche plus maintenant. Il faut quand même donner l'exemple d'une famille unie, mais ne pas se poser en moralisateur, il faut accepter sans rougir les gens qui vous avouent une pécadille. Il faut être un peu libéral, pas très strict. C'est ce qui m'avait manqué au départ, j'étais passé dans des boîtes religieuses. Il y a vingt cinq ans on était très stricts, au départ je crois que j'étais un peu trop sévère de ce côté là, maintenant je suis plus libéral.

- R.J : Faites vous ce que l'on appelle de la psycho-somatique ?

- Dr : Très peu, parce que les gens ici ne sont pas des malades nerveux, les gens d'ici ont 40° de fièvre, une hémorragie, des coliques néphrétiques, une angine, trois jours après ils sont guéris et vous donnent un grand coup de chapeau dans la rue : je n'ai pas de malades psychiatriques. Les gens ne sont pas compliqués, parce qu'ils vivent au grand air, ils ont peut être une meilleure santé, c'est plus agréable de vivre à la campagne et moins énervant.

- R.J : Etes vous équipés sur le plan médical ?

- Dr : Sur ce plan on couvre à peu près toute la médecine, moi l'obstétrique et la gynécologie parce que j'en ai toujours fait et pas mes deux confrères. C'est difficile maintenant de trouver un Médecin généraliste qui accepte de faire de l'obstétrique. Sans certificat c'est très difficile, il n'est pas couvert en cas de pépins, on vous dira : "vous n'êtes pas

compétent et vous vous lancez dans un accouchement difficile", un de mes associés fait surtout de la pédiatrie, l'autre de la médecine générale mais orientée sur la cardiologie. Ils n'ont pas de certificat mais en font, quand il y a un problème sérieux ils envoient leurs malades aux spécialistes. Ils sont comme moi, ils limitent leur compétence généraliste avec une petite orientation qui leur plait, une marotte. Nous sommes complets à trois, seul je m'orientais davantage vers la spécialité.

- R.J : Le Médecin de Famille et la Médecine de groupe ?
- Dr : Le Médecin de Famille peut être médecin de groupe, longtemps j'ai cru qu'il devait être un médecin solitaire, mais en fait il n'y a pas de contradiction. Moi j'estime être Médecin de Famille quand dans une famille je vois la femme, une de mes collègues son mari, et l'autre ses enfants. Elle viendra me voir parfois avec son mari quand ils auront un problème de couple. J'ai travaillé l'obstétrique seul, par nécessité, quand j'ai fini mes études. Personne ne faisait d'accouchement ici quand je suis arrivé.
- R.J : Accouchements à domicile ?
- Dr : Presque plus, autrefois la moitié. L'année dernière un seul pour respecter la tradition familiale, j'avais accouché les deux générations précédentes. C'est un risque s'il y a un pépin, vous pensez, accoucher à domicile à quelques kilomètres de Lyon !
- R.J : Le médecin a-t'il un rôle à jouer dans sa commune ?
- Dr : Au départ c'était certain, en milieu rural c'est sa place d'être au conseil municipal, pas être maire c'est trop prenant. Au fond il n'y a que lui qui connaît la commune, sur le plan médico-social tous les dossiers d'aide sociale ne sont connus que par lui, c'est lui qui fait les certificats, voit les gosses et sait où est la misère : cent kilomètres lui font connaître les chemins, souvent mieux que les autres conseillers qui habitent ici depuis des générations.

Je pense que le médecin a un rôle à jouer là dessus, c'est sûr. Ca lui donne une influence, une autorité et c'est important. Ce qui permet de juger de l'importance de notre rôle, c'est le fait que contrairement à mes deux confrères associés, je ne suis pas conventionné. Pas de problème, les gens acceptent une participation financière importante, pour laquelle ils sont remboursés de façon dérisoire, alors qu'il y a des types plus titrés que moi exerçant dans les mêmes locaux et dont les malades sont remboursés. Ca fait partie de la notion du Médecin de Famille, qui a su attirer la sympathie d'un certain nombre de gens, non pas par sa compétence médicale mais par son dévouement.

Maintenant, les gens sont moins inquiets, il y a dix ans il n'y avait pas le téléphone et il m'arrivait de me lever dix huit ou vingt nuits de suite, une ou deux fois par nuit. Avec le téléphone, le médecin les rassure de chez lui, il se dérange moins souvent : un conseil et ça peut souvent attendre le lendemain. Les gens aussi sont plus évolués, souvent ils savent davantage de choses, parfois trop même. Ils posent des questions relatives aux méthodes appliquées à leur voisin mais ce n'est pas gênant, ils le disent franchement, plus pour perfectionner une connaissance que pour vous critiquer. C'est d'ailleurs très curieux : vous envoyez des gens à la consultation d'un patron (ou ils y vont directement) et ils reviennent avec son ordonnance et vous demandent s'il faut la suivre ou pas !

- R.J : Quels sont vos rapports avec les spécialistes ? êtes vous en communication ?
- Dr : Mes relations sont excellentes, la communication est permanente dans toutes les spécialités avec un certain nombre, on a quand même tendance à utiliser toujours les mêmes à peu près, pour les labos, les radios on prend ceux qui sont les plus proches d'ici.
- R.J : Suivez vous vos malades à l'hôpital ?
- Dr : Oui toujours, je ne vais pas faire d'aide opératoire, c'est prendre inutilement de l'argent aux gens ; mais j'y vais le

lendemain une fois, parfois deux. Par sympathie pour les malades je fais le tour des hôpitaux et des cliniques le dimanche matin.

- R.J : Y a-t'il un échange entre soignants ?

- Dr : Sur le plan médical pur on en retire des avantages, regard du dossier, transmission rapide des informations auprès des parents inquiets. Je ne reste pas longtemps, mais ça lui fait plaisir, même si je ne sers à rien il dira à sa famille : "j'ai vu le medecin !", ça fait une relation amicale, les gens aiment bien ça. La famille parfois le sachant me demandent mon avis même s'ils sont aller sur place. On sert d'intermédiaire, on prépare le terrain, on rassure quand on peut, parfois on dit que ça peut pas bien tourner.

- R.J : La medecine de l'hôpital est-elle trop dure ?

- Dr : C'est une médecine technique, ils n'ont pas bien le temps, ils ne connaissent pas les malades. Il faut savoir à qui dire ou ne pas dire les choses, certains doivent être avertis dans certaines situations que je connais. Je fais ici un peu le Notaire, il n'y en a pas. J'estime que c'est mon rôle, je le prend sur le ton plaisantin : un testament n'a jamais fait mourir quelqu'un ! On rend service aux gens, un décès subit, et parfois c'est la misère pour la famille... Il y a quand même des dispositions à prendre. C'est ça le Médecin de Famille, mais pour ça il faut connaître les familles sur le bout du pouce.

- R.J : Vous me faites un tableau idyllique du Medecin de Famille et...

- Dr : Moi je suis ravi et enthousiaste !

- R.J : Pourquoi en manque-t'on ?

- Dr : Il faut de la bonne santé, et du dévouement, moi je suis là tout le temps. De plus je n'ai pas de secrétaire et de six heures à huit heures je répond moi même au téléphone : les types qui veulent me confier quelque chose, se lèvent un peu plus tôt et me téléphonent.

Je répond à environ vingt appels le matin, puis je pars faire mes visites, et je rentre à midi ; je fais mes consultations l'après midi toujours sur rendez-vous, mes associés s'occupent des urgences. C'est une vie qui est réglée, les gens savent où je suis, je n'ai pas beaucoup de temps vraiment libre. Je suis là en permanence tout le temps, même les jours fériés, et malgré le groupe? J'ai quand même plus de disponibilité maintenant grâce au tour de garde, je peux ainsi me rendre aux réunions le soir ; à partir de vingt heures l'un est de garde, on part ainsi plus facilement, et j'ai de nombreuses activités : syndicalisme, ordre, caisse de retraite, conseil municipal, et tout est en soirée.

- R.J : Le Médecin de Famille est un peu polyvalent ?

- Dr : En dehors de la Médecine ? oui il le faut bien. J'ai accepté pas mal de responsabilités sur le plan local, même pour des choses où je n'ai pas spécialement de compétence... Vous êtes quelqu'un ! les gens savent qui vous êtes et vous savez qui ils sont en face de vous. Je trouve que c'est très intéressant.

- R.J : Qu'est ce qui a donc disparu et qui fait qu'il y en a moins ?

- Dr : Le Médecin de Famille a disparu car de plus en plus les médecins ne suffisent pas à consacrer suffisamment de temps à écouter les gens.

Je le fais parce que je prends des honoraires plus élevés, ce qui me permet d'en faire un tous les 3/4 d'heure.

- R.J : C'est un problème d'honoraires ?

- Dr : Je pense, avant tout. Mes confrères conventionnés qui n'ont pas pris le rythme d'un conventionné voient un malade à la demi heure, du point de vue financier ils tombent tout juste. Les frais sont les mêmes, la retraite aussi, moi j'arrive à m'en sortir parce que j'ai des honoraires plus élevés. Je crois que la convention a détruit le Médecin de Famille, car elle l'oblige à faire du rythme, elle autorise six consultations à l'heure, c'est pas sérieux, mes confrères conventionnés n'y arrivent pas.

Le brassage de la population aussi peut être, ça fait un mélange difficile à assimiler quand même, au début, je connaissais tout le monde, depuis que j'ai un associé je ne connais plus la nouvelle population, serait-elle sensible qu'un Médecin de Famille, il faudrait interroger mon premier associé pour savoir si sa clientèle lui est fidèle ou si l'arrivée du deuxième associé lui en a enlevé une partie.

Moi, j'ai toujours les mêmes familles, et toujours des femmes vu mon orientation. Je fais beaucoup de contraception, l'accouchement a diminué depuis cinq ans. Ici nous sommes dans un milieu bien-pensant, il y a huit ans pour la piscine les gens demandaient quels jours seraient pour les filles et quels jours seraient pour les garçons, c'est vous dire le meilleur.

Depuis cinq ans on évolue quand même... Je pose beaucoup de stérilets, ça oblige une visite par an... donc de la féminité à 100% de quinze à cinquante ans.

- R.J : Y a-t'il des obstacles à votre profession ?

- Dr : De plus en plus, depuis quelques années, c'est la compétence, il faut savoir si on est compétent ; la compétence joue beaucoup avec l'arrière pensée médico-légale. Autrefois un cœur irrégulier était mis à la digitaline, maintenant c'est une faute professionnelle de le faire sans avoir fait un ECG. Il faut se couvrir, les gens sont plus exigeants, et ils ont raison, la Médecine a fait en vingt-cinq ans un grand pas. Le Médecin de Famille qui est omnipraticien, ça devient difficile.

Il est obligatoire qu'il se forme en permanence ; je me suis inscrit à trois cycles d'E.P.U., à mon âge on en sent le besoin c'est évident, il y a trois ou quatre ans je ne savais pas ce qu'était une fibroscopie...

On lit bien quelques revues mais dans le nombre il est bien difficile de détecter l'article qui vous intéresse. Par oral on vous explique, ^{on reçoit} les programmes de l'E.P.U., et il est facile de cocher ce qui vous intéresse.

- R.J : Quel est l'avenir du Médecin de Famille ?

- Dr : Il y en aura toujours, en milieu rural et ailleurs. C'est le type qui fera la synthèse entre les différents spécialistes, les malades se plaignent du manque de relations ils veulent savoir. Ce ne sera pas le "sauveur" de la population, mais il aura un rôle d'intermédiaire indispensable, ce sera plus qu'un trieur, le bas de l'échelle est le trieur, mais pas non plus un guérisseur, ce sera le type nécessaire et indispensable....

Voilà comment je me représente mon métier au bout de vingt cinq ans, je suis encore emballé par mon métier.

- R.J : Vous recommenceriez ?

- Dr : Sûr, sûr ! Autrefois quand j'ouvrais ma porte de consultation, j'étais seul alors, il y avait quinze types, on se demandait pour quoi, c'était quand même curieux...

C'est une relation privilégiée que n'ont pas nos collègues en ville, c'est plus technique, plus froid, humain et correct mais pas cette relation humaine, cette chaleur, cette confiance !

Je conseillerai à un jeune de faire Médecin de Famille, s'il a la santé, la stature, le contact. Pas besoin de courage c'est très prenant. Je ne prends pas de vacances, sauf deux ou trois jours pour faire un voyage, je préfère rester là c'est ça mon vrai plaisir ! C'est la vie de rêve quand vous savez avoir dix ou quinze malades à voir par jour, les urgences étant assurés par d'autres.

J'ai rayé deux consultations pour vous recevoir une heure, je ne suis pas répréhensible car je sais que personne n'attend.

ENTRETIEN N°5

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vous êtes généraliste, vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Oui, je crois qu'ils me reconnaissent comme tel, mais pas de manière constante. Je suis Médecin de Famille pour un certain nombre de malades, environ 2/3 de ma clientèle : le Médecin dans sa totalité, pour tous les membres de la famille mais aussi pour tous les problèmes de la famille. Ce qui va parfois très loin, car pour certains je suis un petit peu leur directeur de conscience, je suis sollicité chaque fois qu'il y a une décision familiale à prendre, plus ou moins importante, parfois simplement pour la question des vacances. Je sers un peu d'arbitre, ce qui est en dehors de mon rôle, c'est un problème d'éducation. Ça dépasse très largement le problème médical, je suis à ce moment là vraiment intégré dans le noyau familial. J'ai presque une place : je pense que c'est une espèce de régression de la famille en tant que telle, pour son autonomie, d'avoir toujours quelqu'un à qui référer. Elle reste un peu infantile dans sa décision, sur son mode de vie.
Quand ça touche les problèmes médicaux, mêmes bénins, on comprend, mais quand ce sont des problèmes d'éducation ou de mode de vie, c'est plus accessoire.
- R.J : Vous estimez que cela n'est pas votre rôle ?
- Dr : C'est accessoire, mais pas vraiment en dehors de notre rôle de donner des conseils. Education et santé sont un peu liées, ça rejoint les problèmes de comportements.
Je suis bien sûr souvent sollicité quand il y a des problèmes avec les adolescents ; les parents m'en parlent ou m'amènent l'adolescent, un peu reticent et hostile, il veut tout casser tout quitter et prendre un appartement en ville, les parents

se disent que c'est du domaine médical. Ils seraient contents que cela soit une maladie, sinon je dois faire preuve de toute mon autorité pour qu'il ~~il ne passe~~ à ses parents. C'est très fréquent.

En réalité cela ne marche presque jamais, car pour l'adolescent le médecin fait partie du monde des adultes.

- R.J : C'est un problème de psychiatrie ?

- Dr : Je fais de la psychiatrie légère à longueur de journée, c'est mon rôle.

- R.J : La psycho-somatique ?

- Dr : Oh ! mon père en faisait avant la lettre, on se foutait toujours de sa poire, ses confrères de l'époque se moquaient de lui, maintenant on en parle beaucoup, on en fait forcément et nous sommes volontiers des psycho-somaticiens, nous voyons les relations entre les problèmes psychologiques et les problèmes organiques. La psychiatrie légère c'est plus notre domaine que celui des psychiatres.

- R.J : C'est un rôle surtout préventif ?

- Dr : Et même curatif, ça va très loin tous ces problèmes ; et en même temps domaine de la médecine générale et du fonctionnel. C'est notre rôle et même un des premiers.

Nous sommes accessoirement conseillers conjugaux.

On a quand même des options personnelles, beaucoup plus que scientifiques, c'est le bon sens, il n'y a pas de doctrine médicale du comportement conjugal, ni formation, ni science, ni vérité. On se forme sur le tas, il n'y a pas de formation pour le moment, comme pour énormément de choses.

- R.J : Faut-il être compétent sur le plan médical pour être Médecin de Famille ?

- Dr : Bien sûr il faut être très compétent dans la mesure où les malades font une entière confiance au médecin. Dans certaines familles c'est la croix et la bannière pour envoyer un de leurs membres chez le spécialiste, il faudrait que je fasse tout moi-même. Je dois avancer au maximum dans le diagnostic, et en-

voyer une personne vers le chirurgien avec déjà une prise de position.

Les gens demandent actuellement qu'on leur apportent des garanties techniques très solides.

Il n'y a pas de petits et de grands rôles. Si je vois beaucoup de fonctionnels, des gens un peu limités du psycho-somatique, on voit aussi beaucoup d'organiques qu'il ne faut pas loucher. Le rôle du Médecin de Famille est d'être à la base, au départ. C'est à lui de faire au début tous les diagnostics les plus importants.

- R.J : On a pu dire que c'était un trieur !

- Dr : Ce n'est sûrement pas un trieur, autrement c'est foutu.

Il y en a qui voient un malade, c'est pneumologique, ils conseillent alors d'aller voir un pneumologue, moi je soigne actuellement un abcès du mouton à domicile, si j'étais un trieur il serait à l'hôpital depuis longtemps. Je prends un risque, mais psychologiquement ce malade doit être soigné chez lui, il a un gros passé médico-chirurgical, il refusera l'hospitalisation... Ma décision n'est pas médicalement stricte, mais je suis capable de soigner un abcès du pouton.

On doit être capable pour la majorité des malades de conduire d'un bout à l'autre un diagnostic et un traitement, le plus loinet le plus largement possible.

- R.J : Suivant l'expérience, la formation ?

- Dr : Oui il y a des médecins qui ont eu une formation plus directe à l'époque où l'externat était plus formateur que maintenant, où les remplacements étaient plus faciles à trouver ; on a pu se faire déjà une formation solide, et puis surtout sur le tas. La formation est faite au fur et à mesure de l'exercice.

- R.J : Lisez-vous des revues médicales ? assistez-vous aux conférences ?

- Dr : Je lis peu de revues, mais par contre j'assiste à beaucoup de conférences, c'est plus qu'indispensable, absolument essentiel. Il est impossible d'exercer la médecine sans formation continue et intensive. En plus des revues, et des conférences, il est utile d'avoir des contacts hospitaliers.

Cela demande beaucoup d'heures, mais on ne peut pas faire autrement. La médecine bouge, et la thérapeutique a pratiquement entièrement changée depuis le début de mon installation.

- R.J : La Faculté vous a-t'elle formée à ce métier de Médecin de Famille ?

- Dr : Oh non ! Quand on fait ses études, tout au moins pour ma part, on ne pense pas devenir Médecin de Famille. Il y a un certain nombre de choses que je n'ai pas apprises à la Faculté, peut être parce que je n'ai pas suivi les cours mais les conférences d'externat et d'internat où si on était collé, on devenait généraliste, c'est comme cela que ça se passait !

On a été à la fois formé et pas formé, dans les hôpitaux on a vu beaucoup de malades donc sur le tas ; mais sûrement pas à la médecine fonctionnelle où les gens viennent sans trouble palpable, cela reste un problème irritant, ils se plaignent à plusieurs reprises et on ne trouve rien, on est pas formé. On est des autodidactes en psychiatrie, même en psychologie médicale.

La formation ne peut se faire qu'en pratiquant sur le tas. Faire un stage chez le praticien peut aider le futur généraliste à se préparer.

En vérité ce sont les malades qui nous apprenent la médecine, chaque malade est un progrès, un pas en avant.

Dans la mesure où on se tient au courant, on progresse de façon permanente, on fait petit à petit de la médecine meilleure, à condition de rester très attaché à l'ensemble hospitalo-universitaire, pour ne pas s'encrouter, ne pas prendre la routine, c'est le danger !

C'est un intérêt constant, on peut parfois être mal tourné, mais ce n'est jamais ennuyeux ou barbant, toujours passionnant.

La pathologie et les hommes m'intéressent, la médecine, les maladies, leurs évolutions m'intéressent, et puis il y a les relations humaines.

- R.J : Peut-on être à la fois spécialiste et Médecin de Famille ?

- Dr : Je ne pense pas, les "uni praticiens" (pour être méchant, les gens se seraient moins précipités chez les spécialistes, si on les avait appelés comme ça il y a trente ans) ont en général moins de contacts avec leurs malades que nous. Les contacts sont plus épisodiques et rares parfois uniques. Nous avons des relations à la limite de l'amical, il y a des gens qui sont devenus des amis très facilement.

- R.J : Est-ce important pour votre profession ?
- Dr : Oui, on ne peut pas être dans l'anonymat, la relation humaine compte beaucoup, on a du plaisir quelque fois à voir les gens, c'est une question de personnalité.

- R.J : Est-ce que cela apporte quelque chose au diagnostic ?
- Dr : C'est plutôt un piège, dans la mesure où on commence à très bien les connaître, à être presque amis, on est moins médical moins méfiant, c'est difficile de tenir toujours la part égale.

- R.J : Vous, Médecin de Famille pour 2/3 de votre clientèle, entretenez-vous des relations de type spécialiste avec le 1/3 restant ?
- Dr : Il y a des relations courtes, des gens qu'on voit qu'une fois, mais il y a surtout les gens qui ont leur gynécologue, leur dermatologue, leur pédiatre, et qui vont directement les voir sans nous en parler ; malheureusement c'est une tendance qui risque de s'étendre, par exemple pour la pilule, des gens vont directement voir le gynécologue, vraiment ils leur font perdre leur temps, quatre ans d'études spéciales pour bien donner la pilule, ce n'est pas la peine, l'examen peut se faire au cabinet du généraliste, et on peut faire les frottis et demander les dosages s'il le faut.
Ces gens ont moins la notion du Médecin de Famille, qui vraiment traite l'homme et toute sa famille.
Je m'estime quand même leur Médecin de Famille, je ne leur en veux pas ! ça m'a passé... Au début c'est vexant, puis on n'y attache plus d'importance...

- R.J : Pourquoi ce terme de Médecin de Famille ?
- Dr : Je crois que ça recoupe la réalité qui existe encore bien qu'elle soit contreversée. Le médecin soigne la cellule familiale en entier : père, mère, enfants, grands-parents, et parfois des cousins de passage...
 Au bout d'un certain temps, la clientèle se fait moins par la localisation géographique, que par liens familiaux ou amicaux, on ne le sait pas toujours au début.
 Il y a une espèce de mic-mac, les gens d'en face ne viennent pas ici, mais d'autres viennent de loin.
- R.J : Votre rôle est-il social ?
- Dr : Malheureusement on débouche très mal. Les problèmes sociaux impliquent toute la vie de la société, la politique sociale : usines, transport en commun...
- R.J : Face au malade ?
- Dr : On joue quelques fois à l'assistante sociale, on lui trouve parfois une maison de repos, on se dévoue, on téléphone, ce n'est pas tellement notre rôle.
 Les problèmes de relation avec la Sécurité Sociale sont à la limite des problèmes sociaux, on peut s'en occuper, c'est plus pour donner un coup de main, par gentillesse, pour leur faciliter la vie... Ils nous demandent parfois beaucoup.
- R.J : Quelles sont vos relations avec les hôpitaux ?
- Dr : Je suis attaché dans un service d'hôpital, ^{là} où je ne suis pas connu ; les relations sont plus difficiles, quand je vais voir mes malades je fais antichambre et souvent je ne vois que l'interne. La relation humaine n'est pas parfaite avec les hôpitaux, mais cela va quand même mieux.
 Je n'ai pas toujours le temps d'aller voir mes malades, avant j'y allais systématiquement, pour l'information et pour les liens affectifs, ils adorent ça, ils sont ravis !
 D'abord c'est une relation pleine de sympathie, ils sont contents qu'on soit au courant, pour eux c'est une bonne journée que celle de la visite de leur médecin.

Par lettres, les relations se sont améliorées, il est rare qu'un service ne réponde pas au médecin qui a envoyé le malade à l'hôpital, les lettres sont plus abondantes, explicites, c'est une réaction proportionnel à l'effort auquel je me plie.

C'est long de voir les malades ! Il faut aller lentement, je prends un rendez-vous toutes les demi-heures... ça limite le nombre. Je fais des visites trois matins par semaine, assez peu d'urgences ; pour le reste il y a les gardes de jour et de nuit. Il ne faut pas se couper cependant de l'urgence, qui fait partie de la médecine, une des parties des plus intéressantes, il y a de temps en temps des petits drames qu'on aime revivre, c'est le côté boy scout qui ressort ! Ce n'est pas pejoratif, nous sommes là pour rendre service aux gens.

L'urgence a son petit caractère panache qui n'est pas négligeable, il ne faut pas toutes les refiler au service de garde. La nuit il y a un SOS nuit, j'en ai fait seulement quatre ou cinq depuis le premier janvier, c'est peu ! C'est dommage dans un certain sens, mais il n'est pas possible de travailler de jour et de nuit !

Le jour on travaille environ douze heures et même souvent quatorze, c'est beaucoup et six jours sur sept. Si on est fatigué on ne peut pas faire de la bonne médecine, on n'a pas alors envie de se battre, de chercher, c'est une saturation. Un bon médecin doit être combatif, vouloir trouver ce qui se passe, sauf le renronnement de la soixante dix septième visite du diabétique, encore que ?

Il faut être en bonne santé, bien dans sa peau pour faire de la bonne médecine.

- R.J : Quelles sont les qualités nécessaires au Médecin de Famille ?
- Dr : Etre heureux, gai et assez optimiste.

- R.J : Faut-il avoir du courage ?
- Dr : Ce n'est pas un métier de tout repos ! il faut être de bonne humeur, avoir un bon sens, sans toutefois négliger la qualité technique, c'est la première chose, c'est dramatique si on la

laisse de côté, et c'est un peu ce qui a dû se passer à cause de la routine, peut-être de la formation pas assez poussée, et puis si on veut faire bien les choses, il faut faire un certain nombre de sacrifices, soit sur la durée de son travail, soit sur ses revenus, ou même les deux. Les uns le font par conviction, les autres refusent !

L'acte rapide ne peut-être de bonne qualité, même technique, scientifique.

Le Médecin de Famille a été très longtemps sous évalué, l'image remonte actuellement, les français ont failli en crever !

On ne trouvait plus de généralistes pour se faire soigner, il a fallu donner des satisfactions morales aux généralistes, et financières.

Pour l'image de marque, c'est la vedette actuellement !

... jusqu'à ces cinq ou six dernières années, c'était un sous-produit. Quand j'étais externe l'idée des généralistes n'était pas glorieuse, idée contaminée et ensemencée par les internes : "Il n'y a de bon médecin qu'interne, c'est pas pensable autrement !" ... et probablement avec la complicité des patrons et des sous-patrons, c'est toute une optique.

Maintenant les relations entre les généralistes et les médecins chefs de services sont bien meilleures, indépendamment de la visite à l'hôpital, d'homme à homme il n'y a pas de frontière.

Nous correspondons à un besoin important de la population...

Il y a eut un engouement pour les spécialistes, quand vous dites que vous êtes médecin, on vous demande tout de suite : spécialiste de quoi ?

Pour revaloriser le C, il faudra pousser à la roue, en fait on ne connaît pas l'avenir de la Médecine... Il faudrait même prendre des initiatives, ne pas être à la traîne, les médecins doivent construire la médecine de demain au lieu de se la faire construire sur le dos par derrière.

Dans une autre structure, de type social, entre les mains des médecins, il n'y a pas de raison que le généraliste n'ait pas le même salaire que l'O.R.L. Là on pourrait marcher, tous les types travaillant dans la même maison médicale doivent avoir le même salaire avec les indices d'ancienneté.

On ne peut pas être trop optimiste pour le reste. Le "C de base" touche trop aux équilibres financiers de l'état de la Sécurité Sociale, donc au veto du Ministre des Finances... Pour le moment courbettes et discours, et ça ne va pas plus loin !

Je ne suis pas inquiet en particulier pour cette soi disant inflation du corps médical ; il y a encore des tas de gens qui ne sont pas soigné, il y a des tas de choses qu'on pourrait faire et qu'on a pas le temps de faire, comme la prévention c'est à dire expliquer au gens comment il faut vivre.

Dans un sens très large, on pourrait s'intéresser aux problèmes de la ville en général, participer à la vie de la cité c'est aussi des problèmes médicaux. Le milieu urbain, les transports sont assez pathogènes... Si les gens sont énervés ce n'est pas pour rien. Le médecin généraliste va au delà de la pathologie, il a un rôle dans la cité politique .

Tous les médecins ne doivent pas se retrouver à la chambre des députés ! Mais il faudrait qu'on sente que le corps médical est préoccupé de ce problème, qu'on en parle entre nous, aux réunions de syndicat ou même d'E.P.U. que cela puisse être à l'ordre du jour au même titre que la bronchite chronique !

- R.J : Recommenceriez-vous la Médecine Générale ?

- Dr : Oui, mais j'irai plus loin que ça, je ferai mes études de médecine en sachant que je vais devenir généraliste.

Je choisirais des services à l'hôpital dans ce but... J'essaierais d'avoir également une vraie formation psychiatrique pour connaître un peu leur jargon. Je reprendrais donc le même métier, mais à partir d'un peu plus en arrière.

J'aurais été mieux formé si j'avais été plus motivé dès le départ.

ENTRETIEN N°6

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- R.J : Le Médecin de Famille : qui est-il, quel est son rôle ?

- Dr : Un Médecin de Famille est un medecin généraliste d'abord, un type qui s'intéresse à la totalité des malades, dans leur ensemble, mais qui connaît bien, aussi, son malade dans son contexte social, professionnel, familial etc...

Et c'est aussi peut être le medecin auquel les malades font confiance, se confient et restent fidèles. Ils confient leur pathologie et aussi la totalité de leur famille.

J'ai l'impression d'être ici un Médecin de Famille, bien qu'il y ait des malades qui passent, vont et viennent.

J'ai une foule de gens qui me sont fidèles, et je le constate d'autant plus que je n'ai pas accepté le système conventionnel. Mes malades sont particulièrement pénalisés du fait qu'ils n'ont pas le remboursement des honoraires, mais malgré ça ils me restent fidèles.

Je pense à un détail qui m'avait frappé lorsqu'il y a deux ans j'ai soigné la rougeole d'un enfant dont j'avais soigné jadis la mère pour une rougeole aussi au même âge, j'ai pris conscience de leur fidélité, que le temps avait passé, que j'avais vieilli... Cet attachement est un des bons côtés de notre profession.

Ce Medecin de Famille qui connaît bien son malade me paraît être une nécessité, on en parle beaucoup actuellement car il y a une évolution.

Dés changements dans la société, il y en a toujours eu ; la médecine d'aujourd'hui n'est pas celle d'hier. On voit dans ces changements apparaître une floraison de spécialistes et de spécialisations, les jeunes medecins sont aussi peut être attirés vers les spécialités pour des raisons financières.

On n'a pas su suffisamment revaloriser l'acte du medecin generaliste, c'est un problème important. La specialisation

cependant dans le contexte professionnel est indispensable. Dans cette evolution le généraliste reste lui aussi indispensable, c'est le medecin qui fait la synthèse, un medecin qui a une formation permanente adaptee, ouverte à toutes les specialites, mais pas obligé de les connaitre en profondeur, un technicien capable et pouvant replacer chaque évènement pathologique dans le contexte du malade.

- R.J : Un généraliste peut-il ne pas être un Medecin de Famille ?
- Dr : Autrefois il y avait l'omnipraticien qui etait Medecin de Famille, et le generaliste interniste auquel on faisait appel quand on avait un problème. C'etait un medecin consultant. Actuellement ce medecin a disparu, parce qu'on a les spécialistes, et on s'adresse à eux quand on a un problème dans leur domaine. Le généraliste actuel est donc le seul Médecin de Famille.

C'est un homme actuel, obligé de soigner son malade dans son contexte present. Ce n'est pas une image du passé, une image d'Epinal. Il ne peut pas disparaître dans l'évolution actuelle car il est une nécessité.

- R.J : La rapidité de la vie actuelle est-elle un obstacle à cette existence ?
- Dr : Je ne pense pas, les problèmes de la pathologie organique et fonctionnelle sont tellement importants, il faut bien les confier à quelqu'un et ce n'est pas possible de les confier à un spécialiste.

Le malade a besoin et est heureux d'avoir un Medecin de Famille, il a confiance en lui beaucoup plus qu'en un spécialiste. Il va voir ce dernier pour sa connaissance technique et parfois directement en nous court-circuitant, et même dans ces cas là nous soumettent bien souvent leur ordonnance. Leur confiance en nous tient de ce que nous les connaissons bien et qu'ils le savent. Les gens qui quittent notre secteur sont bien embetés.

On a l'impression qu'on leur est necessaire, que le medecin qui les connait bien est le seul qui puisse les soigner correctement...

Il y a peut être une modification des mentalités, on voit des courts-circuits malades-spécialistes, les femmes ont leur gynécologue, les couples leur pédiatre. Ceci est dommage, la pédiatrie est une spécialité intéressante, mais on voit de plus en plus des pédiatres ne faire que des recettes de cuisine ou des vaccinations.

- R.J : Et dans l'avenir ?

- Dr : Le Médecin de Famille connaît les problèmes, les ennuis, les soucis, les contrariétés, les difficultés dans le cadre social économique, financier et professionnel de son malade. Il sait les risques dus à son métier, ses habitudes : tabac, alcool, loisirs ; il connaît son patrimoine héréditaire et ça c'est très important. Il n'y a pas d'homme qui connaissent mieux les risques pathologiques de l'hérédité que le Médecin de Famille. On parle beaucoup actuellement de son rôle de prévention. La médecine va devenir de plus en plus préventive, en fait elle l'a toujours été...

- R.J : Vos malades vous confient-ils d'autres soucis, d'ordre non médical ?

- Dr : Oui, ce n'est pas rare, des soucis d'ordre financier, ou d'ordre juridique...

- R.J : Vous demandent-ils des conseils ? Représentez-vous pour eux un arbitre ?

- Dr : Oui ! les médecins autrefois avaient un rôle important, ils ne l'ont peut être plus autant maintenant.

Ils ont moins d'influence sur le plan politique.

Je ne crois pas qu'ils aient à le faire comme un devoir, c'est accessoire. On n'a pas le droit d'influencer un malade, dans un sens ou dans un autre, en dehors de ce qu'il vient nous demander.

Mais quand un malade demande quelque chose, même si ce n'est pas de la médecine pure, il faut essayer de l'aider. Ça s'en rapproche toujours plus ou moins, ça correspond à des soucis, c'est toujours lié à la Médecine.

Le Médecin de Famille a ce problème de ne pouvoir tout faire, et satisfaire entièrement vingt quatre heures sur vingt quatre les gens qui lui font confiance. Ici il y a un système de garde qui marche bien la nuit et le dimanche : c'est un jeune médecin préparant un diplôme pendant deux à quatre ans, puis il assure sa succession. La médecine d'urgence est une médecine, j'allais dire à part, mais pas complètement, certains détails de l'urgence sont importants pour le Médecin de Famille. Le médecin de garde résout les urgences, et après nous confie les malades.

- R.J : Quelles sont les qualités nécessaires au Médecin de Famille ? par exemple celles requises chez un jeune qui veut l'être ?
- Dr : C'est difficile à dire... Je ne crois pas beaucoup au grand mot "sacerdoce", non, c'est une profession intéressante c'est tout, on a affaire à la Médecine, la pathologie, et c'est intellectuellement enrichissant.

Il ne faut pas forcément aimer son prochain, non en fait c'est de la Médecine pour la Médecine c'est tout.

Pour ma part il a fallu m'installer rapidement, je voulais faire une spécialité mais je n'ai pas pu ; il y a aussi les circonstances qui font de vous un médecin de quartier. Les qualités, il me semble que même si on ne les a pas on les acquiert progressivement. On choisit peut être cette direction plutôt qu'une autre, peut être les circonstances choisissent pour vous vraisemblablement avec une personnalité qui s'y prête.

Il faut le reconnaître, il y a des gens pour qui ça ne marche pas, j'ai vu d'excellents médecins avoir des petites clientèles mal réussir sur ce plan, pourquoi ? on ne sait pas exactement. D'autres font bien sans être sensationnels sur les plans clinique et scientifique.

Il y a même sûrement des qualités autes que techniques : contact humain, psychologie...

On voit réussir dans d'autres domaines des gens qui sont des bandits, peut être même parmi les médecins, mais ils plaisent !

Le Médecin de Famille n'est pas de ceux là, il connaît sa médecine, se recycle, a le contact, peut être il lui faut

- R.J : Avez-vous un rôle à jouer sur le plan social ? et la recherche ?
- Dr : On voit des choses que d'autres médecins ne voient pas. Certaines constatations pourraient être intéressantes. Il serait utile que les généralistes se réunissent entre eux, et voient ensemble ce qu'ils pourraient faire dans ce sens là.
Par exemple la tenue des fichiers pour qu'ils soient exploitables sur le plan recherche, du fait de la relation plus proche.
- R.J : Faites vous le lien entre le malade et les organismes sociaux : hôpital, assistance sociale...
- Dr : Oui bien sûr ! et c'est très important. Je vous reçois ce matin jeudi, car c'est le jour où je vais à l'hôpital, je n'ai pas de cabinet ; un ou deux services dans la matinée pour voir certains malades, ça leur fait plaisir, et pour prendre contact avec les spécialistes qui s'en occupent, et leur apporter certains éléments qu'ils n'avaient pas : antécédents non exprimés par exemple, quelque chose qui ne passe pas dans une lettre d'introduction. Cela me permet de me recycler. Parfois je vais dans un service uniquement dans ce but.
Avec le médecin du travail, on a des contacts très intéressants et très utiles, mais c'est aussi une question de personne. Les gens de la S.N.C.F. n'ont pas le droit de voir quelqu'un d'autre que celui de la S.N.C.F., leur femme et leurs enfants vont ailleurs, souvent parcequ'ils n'ont pas confiance dans un médecin qui leur est imposé.
Avec le Médecin de la Sécurité Sociale les relations sont moins bonnes. Autrefois ça allait, nous avions des contacts, nous nous rencontrions maintenant il est considéré comme un contrôleur d'arrêt de travail, il serait même intéressant qu'il nous dise pourquoi il n'est pas d'accord avec nous : quand nous arrêtons un malade, il lui impose de lui même une reprise du travail. Il y a un manque de collaboration, mais cela fait partie des choses qui peuvent s'arranger. C'est une question de personne mais il n'est pas possible de tout faire.

une petite note difficilement qualifiable, il lui faut plaire. Et puis on plait à certains et pas à d'autres, c'est déjà suffisant, on ne peut avoir une clientèle trop importante ! On a parlé d'une inflation de medecins, moi je dis tant mieux, il en faut davantage pour qu'ils puissent passer plus de temps avec chaque malade.

C'est un autre problème, il est financier, dans le système conventionnel, si on veut que le médecin consacre un temps correct à son malade, il faudrait une equivalence financière sinon c'est la medecine rapide pour pouvoir vivre.

Je pense que ce problème se résoudra car la solution est une nécessité.

- R.J : Est-ce que vous recommenceriez ? par la même formation ?

- Dr : Oui sûrement, par les mêmes voies, bien sûr les reformes sont nécessaires, les études sont suffisantes actuellement pour faire Medecin de Famille j'y suis parvenu ; Mais l'angoisse actuelle de l'étudiant face à ses connaissances acquises à la Faculté ou à l'hôpital, existait aussi de mon temps ! Il faut passer le cap. Les connaissances theoriques doivent être mises en pratique. Bien sûr on pourrait ameliorer l'apprentissage, à l'hôpital ou chez le praticien, en fait la formation que l'on a est suffisante.

Je serai à nouveau généraliste et Médecin de Famille parce que finalement je me suis plu dans cette façon de faire.

Vraiment je suis heureux !

ENTRETIEN N°7

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vous considerez vous et vos malades vous considèrent-ils comme un Médecin de Famille ? et pourquoi ?
- Dr : Oui. Il y a un fait : mon père s'est installé dans ce même cabinet après la première guerre mondiale. Mon père était d'une génération où il y avait beaucoup moins de spécialistes, il était le Médecin de Famille typique. J'ai certainement été considérée comme lui par la clientèle parce que j'étais sa fille, ça m'a beaucoup aidée. J'exerce dans les mêmes locaux, je suis restée des années avec lui ; au début je faisais des visites à domicile, maintenant je n'exerce qu'en cabinet.
- R.J : Pensez-vous que la visite à domicile est une caractéristique du Médecin de Famille ?
- Dr : Pour les comprendre il est certain qu'il faut voir les gens chez eux, même dans un cabinet ils sont un peu dépersonnalisés, peut être moins qu'à l'hôpital bien sûr, les voir dans leur cadre joue beaucoup et permet des contacts plus directs qu'en cabinet. Les 2/3 de mes clients je les avais vus auparavant en visite, aussi c'est un peu la même chose, cependant je connais moins ceux que je n'ai vu qu'en cabinet.
- R.J : Connaitre ses malades, est-ce important pour le Médecin de Famille ?
- Dr : Ah oui ! c'est une caractéristique du Médecin de Famille, si vous ne connaissez pas leur vie, leur manière de vivre, leurs soucis, il est très difficile de comprendre leur pathologie.
- R.J : C'est un avantage médical ?
- Dr : Avant tout médical c'est indiscutable, et social secondairement parcequ'on les aide beaucoup.
- R.J : Votre action n'est pas strictement médicale ?
- Dr : A l'heure actuelle où les gens ne savent plus très bien à qui se confier le Médecin de Famille est celui à qui on vient tout dire de A à Z.

Même si c'est pas médical.

- R.J : Vous jouez donc les notaires ?

- Dr : Surement pas, mais les conseillers d'éducation, d'orientation professionnelle c'est indispensable dans le rôle du Médecin de Famille, car en médecine de cabinet sur 3 malades il y en a 1 qui a besoin d'une aide purement médicale. Sur les deux autres l'un est uniquement un neurologique ou même psychiatrique, et cela est croissant depuis ces dix dernières années, le troisième est un mélange des deux. C'est inouï la proportion d'éléments psychologiques, dépressifs dans l'ensemble des consultations.

- R.J : Vous pensez que c'est votre rôle ?

- Dr : Les gens vont chez un spécialiste qui les voit et leur donne une ordonnance, certains s'inquiètent un peu des autres traitements qu'ils peuvent prendre, mais peut être 1 sur 2 ne s'en inquiète pas et les malades arrivent avec des ordonnances multiples, et il faut faire le tri, sinon ils prennent une énorme quantité de remèdes et c'est notre faute à nous médecins.

Les gens sont bien sûr devenus extrêmement exigeants du point de vue médical c'est à dire qu'on n'admet absolument pas conserver un enfant avec de la fièvre plus de quarante huit heures, est ce pour des raisons de mise en crèche, ou est ce qu'on n'admet pas maintenant de n'être pas guéris très rapidement.

On exige beaucoup de la médecine, on est aussi beaucoup moins considéré que dans le temps passé, mon père représentait quelque chose dans ce secteur, et nous beaucoup moins à l'heure actuelle, car beaucoup de gens viennent du fait de la convention, de la médecine de groupe, un peu comme pour chercher un beefsteack, demander une ordonnance pour guérir une angine très rapidement. Je suis considérée par cette catégorie de gens comme un simple fournisseur, un réparateur de télévision ou de machine à laver. Il faut que ça marche tout de suite, il y a une petite différence mais c'est proche de la réalité.

- R.J : Cette catégorie de gens représente quelle proportion de votre clientèle ?

- Dr : En ville ça le devient de plus en plus, presque la moitié de ma

clientèle, il y a vingt ans ça n'existait pas, on n'était quelqu'un, on ne serait pas venu sans un certain respect tandis que là on est le technicien qui doit rétablir les gens très rapidement. J'exagère dans ma clientèle ça ne doit pas dépasser les quinze pour cent, je suppose que chez certains médecins et dans les cabinets de groupe c'est sûrement beaucoup plus important. Ces gens là changent totalement d'esprit quand ils ont une maladie grave, ils sont respectueux suivant la situation...

- R.J : Y a t-il d'autres obstacles à votre profession de Médecin de Famille ?
- Dr : D'abord c'est affreusement astreignant ; il faudrait une secrétaire qui soit éduquée, qui fasse le tri, les gens préfèrent m'atteindre directement par téléphone et disent "c'est personnel". Ça demande un nombre d'heures de travail considérable et qui ne sont pas rémunérées en conséquence. Je comprends alors très bien que les jeunes générations ne soient pas attirés par ce genre de médecine.

Le problème de rémunération joue, il faut pouvoir élever ses enfants, et faire vivre sa famille. Il a aussi les frais qui augmentent dans des proportions énormes (patentes...), les cabinets seront de plus en plus en groupe, ou la vie du Médecin de Famille ne sera plus la même, il n'aura plus la même portée sur les gens. Il y a des tas de gens qui demandent des conseils familiaux, et écoutent les yeux fermés, ceci ne pourra se faire en groupe où les médecins ne travailleront plus qu'un certain nombre d'heures.

Certains médecins font des consultations privées à l'hôpital et beaucoup de gens même modestes à qui ça demande un effort financier, préfèrent aller à ces consultations là, avec personne autour et ce n'est pas seulement des gens après quarante ans, on y voit même des plus jeunes et c'est une question de contact privilégié.

- R.J : Vous avez énormément de clients à voir dans la journée ?
- Dr : Non, je ne fais pas de cabinet à la va-vite, je n'ai pas été habituée à ça, 2malades à l'heure parfois trois avec des vaccins c'est un grand maximum.

Il faut le temps de leur parler de les examiner complètement,
on ne peut le faire en trois minutes, il y a des cabinets où
on voit un certain nombre de malades à l'heure, et ces malades
viennent me voir par la suite même s'ils habitent loin. Ils veu-
lent un examen approfondi. En cabinet, sauf les cas extraordi-
naires, en vingt cinq minutes on a fait ce qu'il faut.

- R.J : Opposez-vous les termes de généraliste et de Medecin de Famille ?
- Dr : On ne le devrait pas. Il y a des différences du fait des con-
ditions de la médecine actuelle.

Certains cabinets sont faits pour le rendement, il y a trop de
consultants, c'est impossible. Moi je ne saurais pas le faire
n'ayant pas été formée à ça.

- R.J : Quelle formation avez vous eu pour la pathologie psychosomatique ?
- Dr : J'ai été interne à l'hôpital X, formé par le docteur Y éminent
psychiatre qui m'a beaucoup formé. Mon père m'a aussi donné un
enseignement et comme tout le monde, j'ai appris beaucoup en
travaillant sur le tas, vous apprenez de cette façon quelle que
soit votre formation. Ma formation psychiatrique m'a donné des
bases seulement et puis il y a toujours le bon sens et l'expé-
rience.

- R.J : Soignez-vous plusieurs membres de la même famille ?
Cela peut-il définir le Médecin de Famille ou est ^{ce} une notion
plus qualitative ?
- Dr : Un Médecin de Famille est celui qui soigne la famille. Avec les
techniques nouvelles la spécialisation est indispensable, et il
est très dur de se tenir au courant de tout, j'essaie de le
faire, mais ça demande un gros effort. Il faut avoir aussi re-
cours aux spécialistes et même fréquemment et cela m'intéresse ;
J'apprends ainsi beaucoup en cardiologie, ophtalmologie, parfois
en gastroenterologie. On a tout à apprendre en ayant des contacts
avec les hôpitaux et les spécialistes. C'est un échange, il faut
aussi faire de la médecine de 76, ce ne serait pas honnête de ne
pas se tenir au courant pour faire bénéficier les malades des
techniques actuelles.

- R.J : Faut-il une formation très poussée pour être Médecin de Famille ?
- Dr : Est ce qu'on peut maintenant arriver à se former, à être Médecin de Famille ? Je ne suis pas au courant de la formation médicale actuelle, mais ça doit être difficile, car tous les services sont très spécialisés et de plus en plus obligatoires.
Il faut quand même connaître un peu tout et se tenir au courant de ce qui nous préoccupe tous les jours...
 Il faut cependant survoler la médecine d'un peu plus haut.
 Je vais à toutes les séances de formation continue...
 Les revues ne jouent pour moi que pour 10%.
 J'ai une mémoire surtout auditive... et le soir on est trop fatigué pour lire.
- R.J : La profession de Médecin de Famille est-elle compatible avec une vie de famille ?
- Dr : C'est extrêmement difficile de concilier les deux. Quand j'étais enfant, en dehors des dimanches, je ne crois pas avoir pris des repas avec mon père jusqu'à l'âge de quinze ans. Maintenant c'est peut être un peu plus facile du fait du service d'urgence, de l'activité réduite des samedis et dimanches, du fait des départs en weekend.
 On est cependant très occupé et je ne peux rester longtemps avec mes enfants... C'est très prenant.
 Je comprends tout à fait la formule du groupe pour avoir un jour dans la semaine, les samedis et dimanches, des soirées avec leurs enfants, la vie familiale du Médecin de Famille était très difficile jusqu'à ce que tous ces services soient mis en place.
- R.J : L'avenir c'est le groupe ?
- Dr : Je le crois, du fait de la technicité, du fait des frais qui augmentent considérablement, ça permet une vie familiale plus normale.
 Il y a des services d'urgence (SOS Medecin) qui s'occupent de ces nocturnes et que l'on appelle soi-même si on est débordé.
 En plus un tour de garde volontaire, jeunes confrères en instance de spécialité ou récemment installés.
 Moi, j'ai des enfants et ne fait que rarement des gardes.

Je suis conventionnée, obligée de le faire bien que n'en étant pas du tout partisane. J'avais dans le secteur beaucoup de maisons d'infirmeries, de sourds muets, des orphelinats évidemment cela devenait de plus en plus lourd. Je le faisais à titre gracieux complètement, les facteurs financiers ont décidé de mon conventionnement.

- R.J : Y-a-t'il une contreindication entre le Médecin de Famille et le sexe féminin ?
- Dr : Pour moi pas du tout, il faut quand même faire une grosse réserve du fait que je suis fille de médecin. C'est une faveur qui joue vis à vis des gens. Je ne saurais dire si une jeune femme s'installant comme médecin serait acceptée. J'ai eu l'occasion de remarquer lors d'un remplacement par un couple qu'aucun malade n'était parti quand c'était elle, quand c'était lui certains malades partaient : sont-ils habitués à ce que ce soit une femme ? Il y a 10 ans il n'y avait pas de femmes médecins dans le quartier, et maintenant un malade sur trois s'en va quand je suis remplacée par un homme.
- R.J : Pensez-vous avoir un certain type de malades ?
- Dr : Oui, d'autre part j'ai l'impression que certaines personnes parlent beaucoup plus à des femmes. Elles nous exposent des problèmes qu'elles exposeraient plus difficilement à des hommes. Le test du remplacement peut être une coïncidence aussi.
- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?
- Dr : Oui, parce que mon métier me passionne, je ne changerai sûrement pas ! J'ai hésité mais je ne regrette absolument pas, je recommencerai la même profession sans hésiter.

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vous êtes médecin généraliste, est ce que vous vous considérez comme un Médecin de Famille ? Est ce que vos malades vous considèrent comme un Médecin de Famille ?

- Dr : Je suis généraliste, mais on ne peut pas répondre directement à cette question. Je fais mon travail depuis vingt ans, j'ai été dans un cabinet de groupe et je suis parti, non pas pour des raisons de manque d'intérêt dans le travail, mais surtout pour des raisons de voisinage... incompatibilité d'humeur... C'était un groupe en milieu rural.

Alors arrivant de là bas, j'ai trouvé ici une énorme différence du point de vue exercice médical, il y avait beaucoup moins de responsabilités ici que là bas. Mais je trouve que depuis neuf ans ça se dégrade beaucoup plus ici par rapport à ce que j'ai connu au début, c'est à dire que le rôle du Médecin de Famille se rétrécit de plus en plus.

- R.J : C'est une dégradation... où ?

- Dr : Oui notre travail, notre rôle plutôt est grignoté par des tas de choses :

- 1) le spécialiste, ici en milieu urbain nous avons souvent un appel direct au spécialiste. Souvent le malade a l'impression d'être mieux soigné par un spécialiste que par un généraliste, donc tentation plus grande de ce côté là.
- 2) le milieu hospitalier, il y a un anonymat. Le malade est là bas en tant que malade et non pas en tant que malade envoyé par son médecin. Plusieurs fois on fait une lettre pour demander une explication, et jamais en retour on n'a quoique ce soit. Il y a coupure nette. Il m'est arrivé d'écrire pour une personne que j'avais envoyée d'urgence pour une histoire chirurgicale, j'ai écrit deux fois et je n'ai jamais eu de réponse.

Ca grignote un petit peu le domaine du médecin généraliste.

C'est un aspect un peu pessimiste mais je trouve que l'on a de la peine à garder une place. Pourtant il y a énormément de gens qui sont attachés à leur médecin, et qui désirent le consulter.

Ils désirent aussi avoir la continuité qu'on peut leur apporter. Par contre ils sont souvent gênés par les conditions de travail, ils déménagent pratiquement trop souvent, et les gens sont instables tout au moins professionnellement. De plus en plus, chose qui n'existait pas avant, ils naviguent, ils vont d'un médecin à l'autre, c'est une coupure, les dossiers ne suivent pas et c'est très difficile pour les gens qui ont des problèmes. J'estime qu'il y a des difficultés très importantes dans l'exercice de cette profession, on réduit notre champs d'action.

- R.J : Quel est ce champs d'action ? qu'est ce qu'il reste ?
- Dr : La pédiatrie, j'en faisais pas mal au début, actuellement je compte sur les doigts les nourrissons suivis régulièrement, et ceci est propre au milieu urbain certainement, c'est propre à l'installation et l'implantation du pédiatre qui a un rôle de médecin généraliste d'enfant très important, et de ce côté là les gens sont attirés par le pédiatre. Gynécologie, là aussi, ce domaine est spécialisé. Cardiologie, on fait de la cardiologie courante, mais que cela dépasse encore un peu, on est obligé d'avoir recours au cardiologue. Là on garde quand même une place. Il reste que le plus souvent les gens malades ont un certain âge pour la plupart, et il n'y a pas encore de spécialité de gériatrie. J'exagère peut être mais notre domaine effectivement se rétrécit un peu.
- R.J : Est-il capable en somme d'assurer le rôle qu'on veut lui donner jusqu'à présent techniquement, et dans le temps selon sa disponibilité ?
- Dr : Oui, je crois que dans les domaines que j'ai cités, le médecin généraliste a toujours la possibilité d'avoir sa place. En particulier en pédiatrie ce ne sont pas des choses extrêmement difficiles ; car la pédiatrie qu'on fait ici en ville est la même pédiatrie que nous on peut faire, à partir du moment où c'est compliqué cela échappe même au pédiatre. Ça va en pédiatrie hospitalière forcément. De ce côté là je ne crois pas qu'il y ait des difficultés à ce qu'on ait ce rôle et pourtant on est de moins en moins appelé pour les enfants.

On a un rôle actuellement pour 50% peut être, les gens nous considèrent comme le Médecin de Famille, qui pour n'importe quel problème nous demandent notre avis et si on ne se sent pas capable, on donne l'adresse d'un spécialiste. Il y a des tas de gens qui vous restent fidèles, qui déménagent, vont dans les environs, qui reviennent ou qui continuent à nous appeler.

- R.J : Qu'est ce qu'il y a de spécial pour ces malades qui vous considèrent comme le Médecin de Famille ? Quelle différence y a-t'il entre ces gens et les autres ?

- Dr : Il y a une entente, il y en a pour qui le point de départ a été non pas un succès thérapeutique, mais une maladie pour laquelle ils ont été soignés et ils ont été satisfaits. Il y a quand même une preuve au départ, mais pas toujours, il y a une espèce de confiance, et à partir du moment où les gens estiment qu'ils vous ont raconté des tas de choses et qu'on a eu un recul sur leur santé c'est le facteur temps qui compte. Il y a des gens pour qui on a été depuis sept ou huit ans, dix ans ou plus, le médecin, et qu'on a suivi depuis ce moment là, ils vous disent toujours : "vous me connaissez".

Ce n'est pas quelque chose de très facile à expliquer ; pour eux ce n'est pas une réaction d'abandon et de déplacement de responsabilité ; vous faites à ma place ce que j'aurai eu à faire, ce n'est pas du tout ça. On connaît les réactions dans un domaine précis, par exemple les réactions médicamenteuses. Ceci est un petit exemple et pour eux ça les embête de voir quelqu'un d'autre et de raconter toute leur histoire, surtout quand il y a un passé pathologique. C'est là où il y a un Médecin de Famille, quand il y a un passé, qu'il y a quelque chose qui compte, qui a une incidence sur leur comportement devant le normal et le pathologique.

- R.J : C'est strictement médical, la connaissance que vous avez de vos malades ?

- Dr : Vous voulez dire sur le plan professionnel ? oui certainement on est obligé de tenir compte du plan professionnel, c'est tout à fait para médical, et je trouve que cela entre énormément dans la manière dont les gens réagissent.

Hier j'ai vu quelqu'un que je voyais pour la première fois :
"je suis fatigué... j'ai des vertiges, des impressions bizarres...", c'était inexplicable si on n'avait pas la notion du professionnel, cette personne travaillant de manière anormale, avec des périodes de quatorze ou seize heures dans la journée. Cette personne a un travail qui l'oblige à faire ça, qui de plus a des soucis d'appartement... enfin donc des choses qui ne sont pas tellement médicales.

- R.J : Un contexte en somme ?

- Dr : Oui un contexte, et il a fallu un certain temps pour tirer au clair les raisons de ces malaises, enfin il s'agit de tout un ensemble qu'il est important de savoir, de connaître, le côté familial, professionnel et conjugal...

- R.J : Vous jouez le rôle de conseiller, dans ce domaine, on vous demande des conseils ?

- Dr : Des conseils oui. C'est difficile à exprimer, ces choses là ne sont pas toujours explicites.

- R.J : Ca fait parti de votre rôle ?

- Dr : Oui ça fait parti du rôle qu'on peut avoir.

- R.J : Avez-vous été formé pour ce rôle ?

- Dr : Non pas du tout. S'il y a un domaine qui est vraiment difficile c'est le domaine des réactions d'ordre psycho-somatique, pour lequel on n'a pas la formation. On arrive à faire un diagnostic, à trouver dans les symptômes présentés qu'il n'y a pas grand chose d'organique, de vrai. Trouver qu'il y a quelque chose qui cloche, et ensuite apporter une aide dans ce domaine, moi je ne me sens pas tellement armé pour ça en dehors des choses précises et évidentes par exemple en cas de conflit aigu ou les dépressions qui ne sont pas trop importantes. Mais on a tout de même besoin d'une formation de base très large du point de vue médecine somatique pour arriver à faire une bonne psycho-somatique.

- R.J : Un Médecin de Famille est-il d'abord un bon médecin ?

- Dr : Un bon médecin oui, il doit connaître pas mal de choses.
On est obligé d'avoir une formation de spécialités variées pour pouvoir y arriver premièrement et deuxièmement une pratique. L'expérience malheureusement est une chose irremplaçable.

- R.J : On a les bases par la formation classique et l'expérience sur le tas ?

- Dr : Moi je trouve que l'expérience n'est pas assez développée au point du vue enseignement, les étudiants qui sortent n'ont pas fait le tour des différents services. Il manque des choses quotidiennes, on ne demande pas de faire des étincelles.

- R.J : Vous estimez que vous n'avez pas été préparé à ce rôle de Médecin de Famille ?

- Dr : Si, j'ai bénéficié de pas mal de stages d'internat, dans un hôpital privé où j'ai pu apprendre beaucoup de choses.
Je n'ai pas eu de stage de faculté, car j'ai eu la chance de par mes stages d'internat (ancienne formule), où on n'était pas nombreux de profiter d'enseignement clinique de différents patrons très importants, en particulier un dont j'ai gardé un souvenir très profitable en gastro-entérologie, et aussi en médecine, et un autre en dermatologie qui m'a apporté beaucoup.
J'ai aussi fait de la cardiologie et aussi de la petite chirurgie à l'hôpital.
Mais malgré cela, les premiers remplacements que j'ai fait, je n'étais pas fier du tout, et à l'usage quand même on arrive à se servir de tout ce qu'on a appris.

- R.J : Vous conseilleriez-vous de faire des remplacements de plusieurs années aux étudiants ?

- Dr : Oui bien sûr !

- R.J : Pour quelles raisons ?

- Dr : Pour compléter sa formation, voir les réactions des gens telles quelles sont en dehors de l'hôpital.

- R.J : Vous pensez que généraliste et Médecin de Famille sont synonymes, ou bien c'est différent ?

- Dr : Oui je pense que c'est synonyme... Mais je répète que le rôle du Médecin de Famille est réservé à des gens qui ont la chance de ne pas trop déménager ; par exemple : ici dans le quartier il y a des déménagements permanents, j'ai fait un fichier depuis que je suis arrivé et pratiquement j'en ai enlevé presque la moitié.

- R.J : Ca vous ennuie ?
- Dr : Oui ça m'ennuie, lorsqu'on se trouve en face d'une maladie chez quelqu'un qui pose des problèmes, on a beaucoup plus de possibilité de l'aider lorsqu'on est en possession des antécédents.

- R.J : Vous pensez qu'il y a une médecine de meilleure qualité ?
- Dr : Oui et aussi le travail est facilité. On est pas obligé de reprendre tout à zéro.

- R.J.: On peut être Médecin de Famille du jour au lendemain quand on s'installe ?
- Dr : Non il faut un certain temps, le délai peut être identique au délai de n'importe quel médecin qui s'installe, mais peut être plus long car les gens hésitent. Au début ils amènent les enfants ils font des tatonnements, ils voient comment on est, ils vous jugent aussi sur d'autres choses que la médecine.
 C'est très subjectif. Il y a des gens avec qui on peut être Médecin de Famille pour des questions de caractère, de manière de réagir ensemble, alors que pour d'autres il y a des incompatibilités.
 Il y a aussi une qualité de soins qui entre en jeux.

- R.J : Il n'y a pas d'incompatibilité entre le médecin et le groupe ?
- Dr : Oui, les gens ont peur d'un anonymat plus grand, d'un manque de continuité qu'on essaie de préserver. Dans beaucoup de groupes le médecin est celui de la famille, mais en cas d'absence il y en a un qui est désigné pour remplacer pas forcément un du groupe, mais les gens sont attachés et sont fidèles à leur médecin au sein du groupe, mis à part un certain pourcentage de gens qui naviguent. Ou à l'occasion de l'arrivée d'un nouveau, il y a déplacement de clientèle, mais pas tellement.

- R.J : C'est uniquement en cas d'absence ou d'urgence que les gens risquent de trouver un autre médecin ?
- Dr : Oui, ou en cas d'impossibilité matérielle. Mais on leur dit bien qu'ils peuvent demander le médecin qu'ils veulent.
- R.J : Vous faites beaucoup de visites ?
- Dr : Oui.
- R.J : Pensez-vous que c'est là aussi votre rôle ?
- Dr : On voit les gens chez eux et c'est complémentaire. C'est aussi les gens qui choisissent, il y en a qui vous feront toujours venir et d'autres qui se déplaceront toujours. Pas toujours pour des raisons de transport.
- R.J : Ca n'entre pas toujours en jeu ?
- Dr : Si, mais il faut se méfier, certains n'ont pas le temps. Mais il y a des gens qui se sentent mieux au cabinet, d'autres qui se sentent mieux chez eux. Il y a presque autant de pourcentage de visite à domicile qu'au cabinet.
- R.J : C'est intéressant de voir les gens chez eux ?
- Dr : Oui c'est plus sympathique, et cela apporte des éléments. On a l'impression d'être plus à l'aise qu'au cabinet.
- R.J : Est ce possible d'être Médecin de Famille avec une vie de famille ?
- Dr : Oui grâce à un système actuel de garde, je ne ^{la} considérerais comme pas possible en dehors de l'exercice tel qu'on l'a ici. Installé seul le Médecin de Famille a beaucoup plus de difficultés à s'occuper de sa famille. Le groupe permet au médecin d'être plus proche de sa famille.
- R.J : Dans l'avenir, cela sera possible comme ça ?
- Dr : Ce n'est pas possible de partout, géographiquement d'abord c'est une question de nombre d'habitants dans un lieu donné. Dans un milieu urbain on peut avoir une vie de famille bien qu'étant installé seul, comme dans d'autres professions. Dans le milieu rural, le Médecin de Famille existe encore, beaucoup plus car les gens sont plus stables.

- R.J : En milieu rural il y a moins de psycho-somatiques ?
- Dr : Si il y en a, j'ai été étonné de voir chez d'anciens citadins comme la ville manque.

- R.J : Faut-il certaines qualités pour être Médecin de Famille ?
Faut-il avoir certaines dispositions ?
- Dr : Il faut un côté technique du généraliste qui est obligatoire qui doit être varié, et qui nécessite une meilleure manière de voir les études médicales. Il faut aussi du bon sens, c'est à dire rétablir les choses à leur juste valeur. Il faut être marié et père de famille, je mettrai cela comme une condition, les gens sont très sensibles au fait que l'on ait des enfants.

- R.J : En somme il faut être parmi eux ? un des leurs ?
- Dr : Surement. Par exemple ils savent que pour des problèmes d'enfants on en a également. Du bon sens en fonction des médicaments des craintes pathologiques, et en fonction des possibilités techniques dont on parlait, on peut rétablir les choses à leur juste valeur. Il faut un peu de psychologie.

- R.J : Et du courage ?
- Dr : Tel qu'on pratique la médecine, il faut avoir une bonne santé, mais ce n'est pas un travail surhumain. Il faut du courage moral pour ne pas se décourager assez souvent, pour faire face à des situations où on est critiqué.
Par exemple : quelqu'un dont on n'a plus de nouvelles depuis longtemps, qui posait un problème, on se demande ce qui s'est passé, on a une sensation d'incertitude, si ce qu'on a fait a eu un résultat positif ou négatif.

- R.J : Ne voyez-vous pas de défauts incompatibles avec cette profession ?
- Dr : Il ne faut pas avoir d'oeillères.

- R.J : Le médecin s'intéresse-t'il à l'humain ?
- Dr : Oui, il parait par exemple difficile à un radiologue d'être généraliste car il est trop technique ; par contre la pédiatrie est plus proche du travail du généraliste. Le pédiatre consultant devient de plus en plus rare, c'est à dire le pédiatre à qui l'on

envoie un problème devient pratiquement le médecin d'une famille réduite aux enfants.

- R.J : Est-ce que vous recommenceriez ?

- Dr : Je me pose le problème quand même de temps en temps, il y a des périodes où l'on est très satisfait de son travail. En toute franchise, actuellement j'hésiterais compte tenu de l'évolution que j'ai constatée et surtout sur le plan études. Il y a quand même un enthousiasme de tirer d'affaire, d'aider, de soigner dans la mesure où ils acceptent cette aide et où les gens ont confiance. Je pense que c'est beaucoup plus sensible actuellement chez les personnes qui ont un passé, chez les personnes qui ont dépassé la cinquantaine et à plus forte raison chez les personnes âgées, ou alors là il y a une aide considérable, une entente, un apport du malade par rapport au médecin. Même sur le plan humain, ce sont des gens qui ont une expérience, qui vous parlent d'autre chose que de la médecine, comment la vie qu'ils ont menée les a amené à ce qu'ils sont et cela est vraiment très intéressant.

On a des contacts avec des gens qui ont vécu, qui ont fait des choses, sans être des spécimens, non, ce sont des gens qui ont vécu une vie normale.

On peut tirer des conclusions de la manière dont ils ont été éprouvés par exemple par la vie, de la manière dont ils ont pu réagir, pourquoi au lieu de faire une dépression ils ont réagi comme ça et ont continué à vivre. Des études de caractères aussi, ce qui est intéressant.

Cela rejoint le rôle du Médecin de Famille, si l'on pouvait suivre les gens à la trace de la naissance jusqu'à la fin, on n'aurait peut-être pas une influence mais une aide, une meilleure manière de les soigner ou de voir les choses.

- R.J : Dans le fond vous êtes quand même optimiste ?

- Dr : Oui, mais je répète "les gens tant qu'ils n'ont pas été malades, ne conçoivent pas ces choses là, ils n'y tiennent pas."

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- R.J : Vous êtes généraliste, vous reconnaissez-vous comme Médecin de Famille ? Vos malades vous reconnaissent-ils comme tel ?
- Dr : Je suis généraliste, avec une certaine orientation plus particulière ces dernières années en tant qu'interniste, mais être interniste c'est être généraliste finalement, et j'ai quand même vécu la vie de Médecin de Famille dans sa totalité pendant quinze ans.

Ce qui m'a fait opter pour une autre vie, non pas que j'ai éliminé les familles puisque actuellement c'est encore des familles que je connais depuis vingt ans qui viennent me voir, c'est que je ne pouvais plus assurer une médecine correcte étant donné la pléthore que j'ai eu à ce moment là.

Parce que c'est un problème qui est toujours présent au médecin faut-il se grouper ? faut-il rester individuel ? faut-il limiter ou modifier son orientation en essayant de maintenir une qualité de sa médecine ?

Ca a été pour moi un certain but, tout en étant Médecin de Famille essayer de maintenir une qualité dans le sens d'une formation continue d'une part, et d'autre part dans le contexte d'une consultation qui soit une vraie consultation.

Question de durée, question d'examen général : ce qui m'a fait au départ éliminer tout ce qui était de la traumatologie, accident du travail et au bout d'une dizaine d'années j'ai laissé le côté pédiatrie, ce qui fait que je ne suis peut-être pas l'exemple type d'un Médecin de Famille, sur ce plan là.

- R.J : Vous parlez d'une pléthore de clientèle, c'est une pléthore due à quoi ? C'était indispensable ou c'était un succès ?
- Dr : C'était peut être finalement une part de notoriété. Les malades que je voyais m'ont fait un certain apport de clientèle parce que justement j'avais ce style de médecine interne, c'est à dire de leur accorder le temps qui leur permette de s'exprimer. Je tiens à dire que le véritable Médecin de Famille est celui qui

permet à la famille entière ou individuelle de pouvoir s'exprimer devant leur médecin et cela exige du temps. Soit que l'on entend les enfants séparément, car je m'intéresse beaucoup aux adolescents, bien que quelquefois soignant les parents les adolescents n'ont pas toujours envie de voir le médecin qui soigne leurs parents. Actuellement j'ai pas mal de ménages, qui sont les enfants de foyers de parents que j'ai soigné il y a vingt cinq ans. Ils sont restés très fidèles, tiennent absolument à ce que je les vois bien qu'ils sachent que je ne verrai pas leurs enfants.

Les petits je les récupérerai dans la génération lorsqu'ils auront eux mêmes seize ou dix sept ans.

Je ne sais pas combien de temps je continuerai mais sur trente ans on arrive à voir deux bonnes générations.

- R.J : Vous êtes Médecin de Famille parceque vous soignez les familles, et parce que vous faites une médecine de qualité ?
- Dr : Pas uniquement ça quand même, peut être par option personnelle. Mais là je pense que c'est peut-être tout à fait motivé par sa propre formation et que pour être Médecin de Famille, il faut avoir le sens de la famille.

Et peut être que, étant moi-même d'une famille nombreuse, j'ai connu les joies de cette famille et j'ai gardé cet esprit dans mon propre foyer.

Car je crois qu'on peut très bien ne pas avoir "l'esprit de famille", c'est peut être aberrant de dire ça, mais je pense que ne peut pas être Médecin de Famille qui veut. J'ai l'impression qu'il y a une nécessité d'être motivé dans ce sens, c'est à dire connaître les problèmes.

- R.J : Le groupe familial vous intéresse ?
- Dr : C'est à dire que tous les problèmes de la famille m'ont intéressés : la régulation des naissances, les problèmes du couple, problèmes éducatifs, et j'ai fait des conférences sur ces problèmes là.

Si bien qu'il y a une dimension qui n'est pas vraiment celle du Médecin de Famille mais qui m'a intéressé plus particulièrement.

Je pense que connaître les ascendants, les descendants, les affections pathologiques de tel ou tel dans un domaine familial très précis, pas uniquement dans le cadre des maladies de l'hérédité, mais surtout dans le contexte psycho-affectif relationnel du couple d'une part et des enfants avec leurs parents d'autre part.

- R.J : Croyez-vous que la famille reste la famille en France, et actuellement à Lyon ?
- Dr : La famille reste quand même la famille d'une certaine façon. Je pense que la clientèle est fidèle dans la mesure où vous représentez pour elle ce qu'elle désire. C'est à dire que j'ai une clientèle où se sont peut être sélectionnées des familles qui ont encore l'esprit de famille.

Je n'ai pas du tout rencontré ça lorsque j'ai fait des remplacements, et pourtant j'ai fait un remplacement qui a duré six ans, et qui était un remplacement très populaire dans un quartier très populaire, ou alors je ne me rendais pas du tout compte de ce qu'était le Médecin de Famille.

C'était une médecine que j'ai juré à ce moment là de ne jamais faire moi même, une médecine d'individus, qui étaient très éparpillés, qui venaient demander des jours, un certificat, quelquefois une thérapeutique et un diagnostic, car il y avait des malades parmi eux.

Ce n'est pas du tout ce que j'ai eu dès le départ ici, et ce que je considère être comme la médecine de famille : la connaissance très progressive et aussi pleine que possible de ce que représentait l'unité familiale (coordonnées professionnelles, affectives, décisions à prendre) sans être trop directif car il y a eu à un moment donné le fait que le médecin était un peu le conseiller des familles, mais plutôt dans le sens de l'écoute, de l'accueil, et d'une amitié qui se crée.

Sur cent malades, j'ai à peu près ~~80% d'une~~ 80% d'une clientèle fixe, même en tant qu'interniste et 20% d'une clientèle mobile.

La technique je l'ai à l'hôpital, qui m'intéresse beaucoup car on est peut être fatigué d'une médecine où entre peut être trop le côté psycho-somatique ou somato-psychique, et comme j'ai une orientation d'interniste j'aime bien le côté organique et diagnostique.

- R.J : Vous ne négligez pas le côté psycho-somatique ?
- Dr : Non, je le considère comme absolument fondamental.

- R.J : Vous avez été formé par un groupe Balint ?
- Dr : J'ai été formé par des médecins des hôpitaux pour lesquels ce côté humain était très important, des médecins des hôpitaux pour qui la part culturelle philosophique latino-grecque était très importante, pour qui le verbe avait aussi son importance presque autant que la science.
c'étaient des humanistes, et j'ai moi même une formation de ce type ; je suis assez peu scientifique, j'aime beaucoup l'analyse, l'expérimentation, mais je ne suis pas un matheux.

- R.J : Est ce que vous pensez qu'il faut une formation psychiatrique pour aborder ce type de malades ?
- Dr : Je vais vous donner mon expérience de ce côté là, je n'ai pas du tout été formé comme ceux de mon époque. C'était une formation de raccroc, car il y a à peu près une vingtaine d'années quand j'ai été amené à m'occuper des problèmes du couple, on m'a demandé surtout la régulation des naissances. A ce moment là, j'ai créé un groupe lyonnais devant ce thème particulier et c'est à partir de la quarantaine que je me suis plongé dans Freud, et ça a été uniquement autodidacte.

- R.J : Par intérêt intellectuel ?
- Dr : Oui, par intérêt intellectuel. A la fois parce que je sentais que l'on me donnait des responsabilités vis à vis de groupes ou à différents échelons, et parce que cela me permettait de comprendre un certain nombre de données psychologiques que je n'avais pas reçues, et qui s'intégraient à la Médecine de Famille, et qui étaient inconnues. Cela m'a rendu grand service dans le travail quotidien pour comprendre un certain nombre de données et mécanismes relationnels, car je crois que c'est très important dans cette médecine de famille. Il y a la relation individuelle mais quand on connaît la vie du groupe familial je crois que c'est important.

- R.J : C'est important pour la relation, est ce important pour le côté technique ?

- Dr : Ce n'est pas tellement important pour le diagnostic organique si ce n'est qu'il est intéressant de connaître les maladies infectieuses et les facteurs favorisants, en dehors de ça je ne crois pas.

Par contre, c'est très important en ce qui concerne l'attitude thérapeutique ; parce qu'il y a manifestement des malades et non pas des maladies avec leur réaction personnelle, et qui sont très souvent d'origine familiale.

C'est peut être moins vrai que cela ne l'était autrefois. Il y a beaucoup de mes malades qui venaient il y a environ vingt cinq ans en me disant : "essayez ceci parceque ma tante était comme ça, ma grand mère était comme ci, on est tous hépatiques dans la famille..." Je crois qu'il faut faire très attention à ce schéma qui est quand même assez simpliste.

Il y a donc pas mal de réactions vis à vis d'une thérapeutique qui sont d'ordre héréditaire, sensibilité culturelle ou familiale.

Peut être pas parce que les membres de la famille auront moins bien supporté que d'autres mais je crois que c'est l'aspect culturel. Il y a une espèce d'éducation parentale, ou des habitudes d'une famille sur le plan des conceptions de la thérapeutique. Je crois aux réactions individuelles d'ordre purement psychique, peut être plus que d'ordre allergique, anaphylactique ou autre. Les gens réagiraient à des notions acquises par la famille par exemple.

- R.J : Vous me parliez de conseil conjugal, est ce que le Médecin de Famille a d'autres rôles ? Y a t-il d'autres domaines où s'étend l'action du médecin face à la famille ?
- Dr : Il y a les domaines de l'orientation, de l'information, de l'éducation bien qu'elle soit réservée aux parents, quand il y a des périodes critiques comme l'adolescence, où incontestablement j'ai été impliqué extrêmement souvent.
- R.J : Un médecin m'a dit ce matin : il est important d'avoir une famille soi même ?
- Dr : C'est indispensable. Nous sommes vécus comme cela par l'autre, parceque des personnes dont on a vu naître et se marier les

enfants sont souvent celles qui nous demandent des nouvelles des nôtres. Il y a un échange familial.

- R.J : Ca se situe donc toujours à un niveau familial et la profession passe au milieu de tout ça en somme ?

- Dr : Je crois qu'il est indispensable de signaler que ce n'est pas parce qu'on est Médecin de Famille que l'on doit être sur le plan capacité un médecin moyen. On doit à mon avis maintenir un haut niveau de cette médecine.

Cette médecine de famille permet peut-être de l'obtenir d'avantage parce que sachant ses responsabilités sur tous les plans, sachant que des personnes que l'on connaît trop, peuvent n'être pas vues d'un oeil neuf. S'appliquer toujours à voir d'un oeil neuf, lorsqu'un pépin survient au sein de cette famille, cela nécessite une écoute et une attention qui doit être toujours soutenue. C'est le risque de la médecine de famille, de faire une médecine de routine parce qu'on a des idées préconçues : tel est psychopathe, tel hypochondriaque... Il faut faire très attention, je crois que cela demande beaucoup de clairvoyance pour ne pas laisser passer quelque chose d'important.

- R.J : Puis une formation solide ? diverse ?

- Dr : Très solide. Il faut savoir aussi garantir la vie de sa propre famille, réduire le nombre des familles lorsqu'on se sent dépassé, réduire l'apport de clientèle si l'on veut comme je le disais au départ avoir une médecine de qualité. Il faut savoir donner du temps à sa propre famille. C'est elle qui vous aide d'une certaine façon à connaître les problèmes familiaux. Je crois que toutes les études que j'ai pu faire m'ont aidé en fonction de l'expérience vécue.

- R.J : Quels sont vos rapports avec les organismes sociaux ?

Est-ce à vous de trouver une maison de repos pour tel ou tel malade ?

- Dr : En ce qui concerne mes malades hospitalisés : j'ai maintenant la possibilité de faire entrer des malades dans un service très précis où je suis attaché, j'ai pratiquement un roulement de deux ou trois de mes propres malades qui n'hésitent absolument pas à se faire hospitaliser parce qu'ils savent que je les verrai et que je les traiterai moi-même, cela m'a beaucoup aidé.

- R.J : C'est un service de médecine générale ?
- Dr : C'est un service de médecine interne avec une orientation technique, je suis avec le chef de service. Il cherchait un médecin interniste généraliste et justement parce qu'on avait essayé de voir ensemble les problèmes de la médecine praticienne, il trouvait important d'avoir un attaché interniste pour la pédagogie, il m'a demandé non pas d'être médecin de la consultation du service, mais il m'a donné la responsabilité des hospitalisés du service, ce qui est très rare. Ce qui me permet de faire une pédagogie de praticien vis à vis des externes et de leur présenter les malades sous un jour inhabituel, de leur donner le réflexe de la médecine quotidienne.
- R.J : Vous trouvez important d'enseigner la médecine par le généraliste ?
- Dr : Oui, c'est très important, mais il faut avoir des bases très solides, l'internat me paraît presque indispensable... je crois que l'on serait trop tenté sans celui-ci, de donner des recettes de faire une médecine d'officier de santé.
- R.J : Il faut un apprentissage complet en somme ?
- Dr : Oui, par la pratique hospitalière qui est très importante. C'est une expérience que je vis, je crois que nous sommes une dizaine à Lyon à être internistes et être inclus dans un service comme attachés. Petit à petit il y a une orientation chez les chefs de service, et c'est une expérience que certains font... Le malade hospitalisé est heureux de se trouver avec son médecin et c'est considérable d'être suivi.
- R.J : Vous avez limité votre champ d'hospitalisation à votre service ?
- Dr : Oui, mais pratiquement j'arrive à faire hospitaliser toutes les personnes que je dois faire hospitaliser dans ce service, sauf les cas d'urgence. Ou alors je vais voir de temps en temps, dans d'autres services mes malades mais je dispose de trop peu de temps.
- R.J : Etes vous optimiste pour l'avenir du Médecin de Famille et du "C" consultation ?
- Dr : Je ne suis pas très optimiste car le médecin de base, donc Médecin de Famille n'est pas honoré à sa juste valeur.

Je suis contre une médecine de type social, mais j'ai l'impression que dans le libéral, celui qui est toujours défavorisé est le médecin de base parce que celui qui a des titres s'en tire toujours (dépassement permanent...) ce qui permet à tout un éventail de médecins d'être en dehors du système.

Je suis spécialiste moi même et je ne vais pas critiquer la spécialité "X" mais je suis navré de voir combien l'acte intellectuel a été dévalorisé par rapport à l'acte technique et cela dure depuis trente ans, et de plus en plus il y a des médecins techniciens qui font tout pour faire des actes, de faire marcher une boîte d'ECG, même s'ils ne savent pas l'interpréter, à la limite presque de l'honneteté parce que l'on a détérioré la relation médicale.

La relation médicale c'est à dire le temps d'écoute, le temps donné à l'explication de l'ordonnance, elle ne pourra plus être rentable dans la vie d'un médecin qui est à cheval sur presque deux régimes un libéralisme et une pression, les dépenses de santé sont telles dans ce domaine là que l'on comprime, et que l'on comprime surtout la base.

Par rapport à d'autres métiers artisanaux c'est très dévalorisé. Je pense que nous avons vécu un petit peu un âge d'or à une certaine époque, il est sûr que la situation du médecin sur le plan lucratif paraissait dans certains cas peut être un peu exagérée.

Je pense que depuis 68 le pincement progressif des revenus fait que le médecin qui s'installe actuellement comme conventionné et qui veut être médecin généraliste-Médecin de Famille peut avoir pas mal de difficultés, à moins d'être aidé par un collègue et faire la médecine de groupe.

Je crois que la médecine de groupe a de gros avantages pour ma part j'y ai pensé mais étant donné mon âge et le passé cela me serait difficile de m'y intégrer.

- R.J : Voyez-vous des dispositions spéciales pour faire un Médecin de Famille ?
- Dr : Il faut avoir un grand amour de son métier c'est capital, aimer sa profession très profondément, il ne faut pas en faire un commerce, il faut avoir du savoir et pas uniquement du savoir faire et du faire savoir, il faut être soi-même intégré dans

une famille, savoir ce que c'est, on ne peut la connaître que lorsqu'on est père de famille.

Voilà ce qui me paraît important d'avoir en dehors des connaissances techniques, médicales, biochimiques, avoir le sens de l'humain et considérer l'homme dans sa totalité.

L'émiettement de la spécialité nécessite une synthèse et je pense que c'est le Médecin de Famille qui peut la réaliser par l'approche qu'il a de cette famille. Cela demandera un esprit analytique et aussi un esprit de rassembler tous les éléments, car c'est lui qui sera le guide de la santé physique et psychique. Ce sont des responsabilités importantes.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : C'est une question très difficile à répondre car on ne vit pas deux fois, et on ne peut pas se remettre dans une optique de vingt cinq ans, et il ne m'est pas possible de répondre à cette question.

Je ne regrette absolument pas ce que j'ai fait et que je n'aurais, je crois, pas modifié du tout mes coordonnées dans ce domainelà, en sachant tout de même sacrifier certaines choses pour ne pas tomber dans le superficiel.

- R.J : En somme vous êtes un médecin heureux ?

- Dr : Oui, je suis un médecin heureux. Ce qui est pesant pour moi est peut être de ne pas pouvoir donner plus à côté, car on a l'impression que l'on donne plus aux malades qu'à son entourage direct.

ENTRETIEN N°10

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

D- Dr : C'est beaucoup d'honneur que vous me faites, le Médecin de Famille est une race qui est en train, je crois, de se perdre par la force des choses.

Les mouvements de population sont tels que les gens n'ont pas la fixité qui leur permette d'avoir un Médecin de Famille permanent encore qu'on puisse faire suivre leur dossier de médecin à médecin. Les conditions faites à la médecine pratique rendent difficile le rôle du Médecin de Famille, toutes les conventions, les règles imposées au médecin rendent la médecine différente, rapide, au coup par coup, à l'acte, alors que la Médecine de Famille est une médecine de synthèse. A ce titre c'est de plus en plus acrobatique de rester Médecin de Famille.

- R.J : Qui est-il ce Médecin de Famille ?

- Dr : J'ai découvert le Médecin de Famille indirectement par un patron. J'étais externe à Paris chez Monsieur X, au caractère impossible, un grand patron des années 1950, qui avait compris la médecine moderne... et nous expliquait que si on devait faire appel aux spécialistes, le généraliste restait le maître d'oeuvre, et l'homme de la synthèse, et il nous apprenait à la faire, il n'y avait rien d'extraordinaire. On sortait de chez lui avec des structures d'esprit qui rendaient aptes à faire cette médecine de synthèse. Nous étions entraînés et tout le monde sur le même plan et très durement, mais c'était l'homme des éclairs de génie. Il n'était pas pour faire la batterie de tests systématiques comme on fait à l'hôpital, on travaillait par étapes. C'est ainsi que je l'ai appris. C'est aussi en faisant pas mal de neuropsychiatrie. Il y a aussi une autre façon d'aborder les choses qui rend bien service, non pas qu'on apprenne

tellement à faire de la psychothérapie, on se rend compte, au contraire, qu'il ne faut pas remuer des tas de choses qu'on ne connaît pas, mais ça permet de savoir le domaine qui reste au praticien et celui qu'il faut confier au spécialiste, de savoir dépister en temps voulu une affection sévère qu'on ne sera pas capable de soigner et de savoir traiter, comme les névroses et Dieu sait si souvent les choses sont teintées de névrose. On apprend à saisir, c'est une question de formation et de bon sens. Celui qui n'a jamais vu certaines choses très caractéristiques perd du temps, mais il y arrive et l'essentiel c'est le bon sens.

Le Médecin de Famille doit être un peu neuropsychiatre, de seconde zone, c'est à dire qui connaît ses limites, mais qui sait piger à temps quand les choses tournent mal, c'est souvent en famille qu'on est obligé de dire : "attention à votre mari, à tel de vos enfants, il y a telle chose qui pourrait mal tourner". C'est un rôle préventif, et d'éducation. On pourrait, si on avait le temps, bien faire les choses, ce qui leur éviterait de faire appel au médecin ensuite...

Une idée m'est aussi chère : l'état d'esprit ou plutôt la culture générale de nos clients a varié. Autrefois le médecin était pour eux l'homme magique, celui qui du premier coup faisait "la touche", diagnostic et guérison en trois jours. A l'heure actuelle, on a la chance d'avoir des gens instruits pour la plupart, et qui peuvent comprendre qu'on ne sait pas tout du premier coup, que le diagnostic c'est souvent une stratégie bien différente de la batterie de tests de l'hôpital, on fait du coup par coup pour des raisons d'économie et pour ne pas embêter le client.

On peut expliquer aux gens que débrouiller leurs problèmes n'est pas forcément facile, et qu'ils doivent y participer. On fait comme ça pour telles raisons, et si ça ne marche pas qu'ils téléphonent, et on fera autrement.

La confiance du malade se situe dans la stratégie du médecin. Il sait que le médecin est le maître de la situation. Ce n'est

bien sûr pas possible avec des gens très primitifs pour lesquels, il faut une médecine symptomatique. Les gens ont évolué, leur attitude scientifique permet le doute, on le lève petit à petit, il ne faut peut être pas prendre de risque en y arrivant du premier coup, on brouille les pistes par des thérapeutiques intempestives couvrant tout, masquant les signes et retardant le diagnostic.

- R.J : Vos clients sont ils persuadés de votre valeur technique malgré cette tolérance ?
- Dr : Il faut qu'ils comprennent que le médecin est le maître du jeu, je vais même plus loin, je n'hésite pas à consulter devant le malade une revue ou un livre de ma bibliothèque, afin de savoir quels examens complémentaires il faut demander, j'ignore parfois les détails. Je ne peux pas tout avoir présent à l'esprit, je cherche donc devant eux, et je regarde mes documents. Ainsi je demande juste ce qu'il faut. Cela m'oblige à prendre beaucoup de temps.
- R.J : Cela ne demande-t'il pas une certaine humilité ?
- Dr : Oh ! il suffit de leur expliquer, ils comprennent très bien. Je ne dirai pas cela à tous vous comprenez, ça ne marcherait pas ! Plus de la moitié de mes clients comprennent très bien maintenant cette façon de faire. Et ils en sont contents. Le médecin fait les choses au plus juste, et non de grands bilans comme à l'hôpital.
- R.J : Le Médecin de Famille doit-il avoir une formation solide ?
- Dr : Oui je crois. Si le médecin généraliste est celui des premiers symptômes, au fond des médecins aux pieds nus suffiraient. Si au contraire, il veut rentrer, bien que modestement, dans ce rôle de chef d'orchestre dans l'intérêt de son patient et celui de la société, il faut qu'il ait une bonne formation. Il a de grosses responsabilités, et il doit s'y préparer.
- R.J : Quelles sont les meilleures méthodes pour s'y préparer ?
- Dr : Il a fallu un ensemble : engranger des connaissances profes-

sionnelles en grand nombre, et les confronter avec l'expérience personnelle, qui s'est faite petit à petit, chacun fait son style et se trouve lui même.

C'est une autoformation personnalisée.

On est aidé quand on rencontre de bons maîtres : voir quelqu'un à l'oeuvre, assurer la synthèse.

Le remplacement est aussi important avant de se lancer.

- R.J : Quand les malades parlent de vous, parlent-ils de leur Médecin de Famille.

- Dr : Il y a deux types de clients :

1°) Celui qui s'en fiche, qui veut un médecin pour être soulagé rapidement sans histoire. Il va chez le premier médecin venu, s'il trouve que vous avez une bonne tête il reviendra vous voir, mais il ne reviendra pas avec une exigence.

2°) A l'opposé vous avez une clientèle qui veut avoir l'impression qu'on la prend en charge sérieusement, être écoutée, simplement souvent se vider sans que l'on fasse rien pour lui. On renouvelle les mêmes médicaments pour trois mois, mais il est rassuré d'avoir fait un itinéraire avec le médecin qui l'a réconforté et permis de voir clair. Ceux là tiennent à avoir un Médecin de Famille. Ils sont très attachés à un médecin nommément connu, car c'est avec celui là qu'ils vont établir une sorte de dialogue, un peu d'intimité, presque d'amitié.

Ca sort du cadre de la médecine. Il y a de nombreux facteurs subjectifs ; un rapport amical, pas forcément familial, mais de confiance.

Avec certains c'est amical, avec d'autres c'est a grande distance, ça reste la confiance.

- R.J : Quels sujets abordez-vous en dehors de la médecine ?

- Dr : Ca peut toucher à tous les problèmes humains : l'éducation la profession, parfois la politique.

L'essentiel est de les aider à voir clair en eux et non pas donner des conseils. A trier l'essentiel de ce qui ne l'est pas quand ils sont un peu dépassés. Les aider tout simplement.

à être eux-mêmes, tout ça bien modestement : "J'ai l'impression que...".

- R.J : Pensez-vous que c'est votre métier ou un accessoire ?

- Dr : Je pense que ça fait partie du métier, quand on est médecin ce n'est pas un métier au sens strict du terme, mais ce que l'on a voulu en faisant ses études, aussi le rôle que l'on estime assumer dans la vie. C'est un choix non technique ou professionnel, mais surtout de l'image que l'on a du rôle à jouer vis à vis de ses contemporains et sans chercher à le jouer forcément, s'il s'offre ne pas se dérober simplement. La dernière des choses à ne pas faire est de donner des conseils que l'on ne vous demande pas, il ne faut pas s'imposer sauf pour des cas particuliers où c'est nécessaire (alcoolisme, tabagie). Les gens peuvent comprendre les vérités statistiques quand ils sont dans une zone de danger donc vulnérables.

- R.J : Pourquoi ce terme de Médecin de Famille ?

- Dr : Parce que depuis toujours le Médecin de Famille était médecin des bourgeois, le peuple ne faisant pas appel aux médecins faute de moyens. Dans la famille bourgeoise, c'est souvent lui qui soignait depuis plusieurs générations tous les membres de cette famille. On faisait appel au médecin "de la famille". Dans les grandes familles le recrutement se fait encore ainsi, vous soignez bien tel membre d'une branche et souvent ceux d'une autre branche vous consultent. C'est un élément parmi tant d'autres, car la clientèle se fait beaucoup par contact direct, individuel, le côté "accrochage" peut marcher. La question de personne joue énormément et c'est d'ailleurs très injuste.

- R.J : La famille existe-elle toujours ?

- Dr : Elle existe vis à vis des jeunes enfants : père, mère et jeunes enfants. Avec les adolescents et les jeunes elle se recherche comme dans d'autres domaines.

Les jeunes préfèrent, et c'est heureux, tourner le dos aux problèmes médicaux, sinon ça serait de la psychiatrie, quand ça ne va pas ils écoutent un peu les parents (qui financent souvent la consultation) et viennent à leur corps défendant et en tordant la bouche, voir le médecin des parents donc le Médecin de Famille. Ils voient que l'on a une fiche précise, et se rendent compte que ce n'est pas plus mal d'aller voir quelqu'un qui connaît votre état. Il y a une prise de conscience brutale à ce moment là, mais qui reste superficielle.

- R.J : Médecin de Famille et Généraliste sont ils deux termes synonymes ?
- Dr : Non, on voit parfois des spécialistes faire office de Médecin de Famille, des gastro-entérologues, des cardiologues, il y a surtout de ça dix ou vingt ans. Maintenant moins, le pédiatre ne peut plus le faire avec la nouvelle législation, par contre il est souvent Pédiatre de Famille, il soigne tous les enfants d'une même famille, et c'est très intéressant.
- R.J : Y a t'il des obstacles à votre profession ?
- Dr : Oui surtout des difficultés qui s'amoncellent devant le métier de praticien. Les obstacles ne viennent pas de la clientèle, dire qu'ils viennent de la médecine moderne en temps que science oui et non, mais on peut s'organiser, et ça prend du temps et de l'argent. La mise au courant d'un médecin par exemple... moi je n'ai pas une mémoire énorme, et je vais pour cela aux E.P.U. où j'enregistre bien, mais il faut un écrit qui reste, sinon je ne pourrais m'en servir tout en sachant que cela existe. Cela suppose l'existence d'un double dossier, l'un de connaissances, l'autre propre à chaque malade... C'est une organisation où il faudrait être aidé par une secrétaire et donc la payer. Il faut noter les antécédents, les résultats de laboratoire... On passe de plus en plus de temps à des tâches non rentables,

et pas honorées, le nombre d'heures qu'on passe à gagner sa vie est limité par celui qu'on passe à se tenir au courant, on est étranglé. Il faut de trois à cinq ans d'installation ça devient indispensable, et puis il vaut mieux en prendre l'habitude assez tôt, puis il faut s'organiser pour avoir des documents à jour et trier ce que l'on a. Il faut aussi expliquer aux gens les ordonnances, la stratégie, le pourquoi.

Le Médecin de Famille est aussi obligé d'être pressé dans la mesure où, il est débordé de clients, et obligé de faire beaucoup d'actes pour vivre.

La convention est un élément important là dedans. J'ai soumis mon hésitation à mes clients qui ont accepté le non conventionnement pour une médecine plus onéreuse mais de meilleure qualité ; les 3/4 ont mieux aimé continuer comme avant. J'ai donc d'abord choisi la situation de non conventionné. Puis lors de la mise en place de la nouvelle convention nationale obligatoire, je me suis conventionné ; les textes prévoient qu'un médecin qui accepte un stagiaire peut être dérogatoire. J'en ai fait la demande, et si elle n'est pas acceptée je sortirais de cette nouvelle convention, car c'est rigoureusement impossible maintenant d'y rester.

- R.J : La médecine de groupe est-elle compatible avec l'exercice de la Médecine de Famille ?

- Dr : C'est faisable, autrefois on n'avait pas de problème pour trouver du personnel. Les charges sociales sont lourdes, et en médecine de groupe, les charges sont plus élevées et c'est très cher.

Les médecins de ville trichent car ils ont leur épouse... ils se débrouillent comme ça...

On peut cependant faire une médecine de qualité en groupe, il y a souvent dans ceux que je connais deux types de médecins, ceux aux actes rapides, et ceux qui font une médecine plus lente, ils sont souvent par couples, cela s'équilibre.

- R.J : La profession de Médecin de Famille est-elle compatible avec sa propre vie de famille ?

- Dr : C'est le problème car c'est difficile ! Le tour de garde a été un gros progrès, mais si on veut pouvoir se perfectionner on est obligé de passer des soirées à l'extérieur ou dans son bureau.

- R.J : Est-ce propre à la médecine ?
- Dr : A d'autres professions aussi, les médecins ne sont pas seuls à être mangés, je vois beaucoup de non médecins qui me disent : "c'est terrible, on n'y arrive pas..." commerçants, industriels, professions libérales, quand cela marche ils sont mangés par leur profession.

- R.J : C'est quand même faisable ?
- Dr : C'est limité, vous savez, pour la vie de famille. Ce n'est pas l'idéal du tout, pour cela le mieux c'est la formule anglaise avec les inconvénients, mais le Médecin de Famille existe. Outre manche c'est un autre problème, je mets plusieurs points d'interrogation. En France les épouses de médecins vous diront qu'elles voient peu leur mari

- R.J : Est-ce qu'il y a des dispositions ou des qualités à avoir, ou bien des défauts à ne pas avoir pour être Médecin de Famille ?
- Dr : Je crois qu'il faut un bon équilibre personnel psychique, nerveux, physique ; il faut aussi aimer le contact humain. Dans le cas contraire, c'est l'échec ; les clients sentent les gens qui n'ont pas de facilités, ce n'est pas qu'ils soient moins dévoués, moins consciencieux ou moins aptes, c'est simplement qu'il n'y a pas la petite étincelle qui passe, pas de contact.

- R.J : Est-ce que c'est important de savoir ce que l'on veut faire ?
- Dr : Quand on peut. Des gens font ça d'instinct. J'ensuis persuadé, mais d'autres le font comme ils auraient fait autre chose, parmi ceux là, ça se fait sur le champ de bataille, vous le savez mieux que moi, et vous le voyez parmi vos camarades. Il y a de tout ; Les gens qui ont une vocation, c'est souvent pour la médecine de campagne.

Un médecin de campagne est plus polyvalent, et à moins de facilités sur le plan technique, de plus l'épouse doit aussi choisir d'être dans un petit pays ou à la grande ville !

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : Je n'ai pas du tout été médecin par vocation, mais par occasion. Dans un monde d'approximation où l'on ne fait pas la carrière que l'on veut, je reprendrais quand même cette carrière, car elle m'a personnellement apportée beaucoup sur le plan humain. Je suis satisfait tout en étant écartelé par les défauts de la profession, en particulier n'être pas à la hauteur pour ma famille, et les difficultés à se cultiver. Il y a des tas d'éléments positifs. La difficulté pour être heureux dans ce métier, c'est être généraliste sans être cultivé, il y a en ce sens une insatisfaction, ce n'est pas le bleu du ciel. On aimerait être plus disponible aux problèmes d'ensemble de ses contemporains, et on ne le peut pas, il faut choisir entre la médecine et la politique. En résumé : ça devient de plus en plus acrobatique d'être Médecin de Famille, il faudrait le même remboursement pour les malades qu'ils choisissent une médecine de famille, ou autre.

ENTRETIEN N°11

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- Dr : Quel est votre sujet de thèse ?
- R.J : Je fais une thèse sur le Médecin de Famille aujourd'hui et demain, ce qu'il est, quel est son rôle, quelle est sa formation et son avenir.
- Dr : C'est très intéressant !
- R.J : Le Médecin de Famille par lui-même ; je vois ceux qui sont susceptibles de se reconnaître sous cette appellation peu officielle.
Vous êtes médecin de médecine interne, êtes vous Médecin de Famille ?
- Dr : Depuis 1973 seulement, j'ai été Médecin de Famille pendant vingt cinq ans, je connais donc bien la question.
Au début on hésitait entre les appellations, j'ai connu l'époque où on nous appelait "omnipraticien". Dans la bouche de beaucoup à une époque où la médecine générale était dévaluée, c'était un peu "bon à tout faire et propre à rien", l'homme à tout faire. Puis nous avons dit "généraliste", la terminologie a de l'importance, d'une part le généraliste fait pendant au spécialiste, d'autre part le spécialiste fait une médecine d'organe, le généraliste une médecine globale de l'homme total ; c'est bien ce qui différencie les deux : d'une part le médecin de l'analyse, d'autre part le médecin de la synthèse.
C'est la vocation du Médecin généraliste et sa fonction de reconstituer cette espèce de médecine en miettes, dont nous sommes actuellement les témoins. La spécialisation permet d'acquérir une qualification très haute, mais dans un domaine restreint, puis il y a eu la spécialisation au sein

de la spécialité elle même, comme dans l'ophtalmologie vous avez le spécialiste du strabisme, du glaucome, du décollement de la rétine, de la greffe de cornée, du prescripteur de lunettes, et j'en passe... Dans cette médecine en miettes il fallait bien qu'il y ait quelqu'un qui fasse la synthèse du total. Anecdote du malade se présentant dans un grand hôpital avec des oreillons et faisant le tour des services sans diagnostic.

"Le Médecin de Famille" a-t-on fini par dire et c'est ainsi que vous avez choisi (très judicieusement) le thème de votre thèse, on a parlé du médecin de quartier, de l'omnipraticien, on parle du généraliste ; au fond le Médecin de Famille c'est certainement la plus belle dénomination que l'on puisse rêver. C'est l'homme qui soigne toute la famille, à la fois le nourrisson, l'adulte, et aussi qui est gériatre à ses heures, sans parler des urgences ; c'est aussi le Monsieur qui est dépositaire des secrets de famille, qui connaît les antécédents, les habitudes, le mode de vie, les conditions de vie du père, de la mère, du grand père etc...

Quand il a suivi deux générations, le Médecin de Famille détient une somme de connaissances et d'impondérables qui fait qu'en présence de tel ou tel risque pour tel ou tel malade, il va d'emblée s'orienter sans hésiter ; alors qu'un spécialiste qui voit un malade en passant ne peut avoir incontestablement la même optique.

Le Médecin de Famille à une époque où la famille est en difficulté, en perdition, c'est aussi l'homme qui défend la famille, l'avocat de la famille devant la société actuelle, mais aussi le défenseur de l'individu devant la maladie, devant les prétentions des collectivités, de l'état, des administrations, de ces gens qui veulent tout savoir de notre état de santé.

Voilà tout ce que je pourrais dire d'emblée.!

J'ai beaucoup de choses sur le coeur sur le Médecin de Famille étant donné que je lutte pour le défendre, l'améliorer, pour que vous qui nous succéderez vous puissiez exercer une profession qui est certainement une des plus belles.

Elle est tellement belle qu'elle est enviée et nous sommes

victimes de la jalousie de beaucoup.

Evidemment c'est une profession comme les autres, elle a sa grandeur et ses servitudes, celles ci sont multiples, car c'est la disponibilité du médecin du matin au soir, quelquefois du soir au matin, parce qu'il est sollicité la nuit pour des malades qu'il connaît bien, il répondra au téléphone, il sera alerté.

C'est une vie très dure qui apporte beaucoup de satisfactions, et de récompenses, mais c'est très dur.

Quel est son rôle ? Je l'ai un peu défini ; Sa formation n'a jamais été bien faite dans les facultés. Celle du spécialiste proportionnellement a toujours été mieux faite, un O.R.L. sort formé comme O.R.L., un ophtalmologue comme ophtalmologue, un chirurgien comme chirurgien, mais le généraliste est le rebut des autres, de ceux qui n'ont pu être qualifiés dans telle ou telle spécialité, l'est-il vraiment ? j'espère que non. Dans l'ancien système, l'externat a formé d'excellents généralistes, Médecin de Famille, à ce moment là l'observation, le contact avec le malade, la responsabilité dès les premières années... c'était quelque chose d'incomparable ce contact direct médecin-malade.

On nous parle beaucoup actuellement de donner des cours de psychologie, mais je pense que c'est sur le tas qu'on apprend, qu'on est formé, car il y a des gens qui ont le sens du contact est d'autres qui ne l'aurent jamais même s'ils ont suivi des cours de psychologie. La formation par l'ancien externat, éventuellement par l'ancien internat a certainement fait d'excellents Médecins de Famille.

Il semble bien que dans le nouveau système actuel où on donne la préférence aux sciences fondamentales, où l'on éloigne trop longtemps l'étudiant de l'hôpital, où le contact avec le malade est un peu trop différé, où tout étudiant n'est peut-être plus "externe" mais bien devenu "stagiaire", il y a là un ensemble de choses non satisfaisantes. C'est pourquoi on a entendu réclamer la constitution d'un troisième cycle spécifique, qui permettrait une formation adéquate du généraliste avec non seulement une formation dans les hôpitaux comme interne ou interné, mais également par ce fameux stage

chez le praticien dont on parle de plus en plus.

Il faut faire quelque chose, c'est incontestable !

La plupart d'entre nous étions externes et internes, mais en plus avons fait des remplacements et ainsi nous avons beaucoup appris.

L'expérience du stage chez le praticien est actuellement lancée, elle va prendre un caractère plus organique, elle peut être une source de contact plus enrichissante, pour le jeune médecin qui verra ce qu'est l'exercice de la médecine. Car à l'hôpital il y a une certaine médecine, en ville il y en a une autre, ces deux médecines sont complémentaires ou supplémentaires, parfois elles s'ignorent et c'est dommage. Elles ne sont pas ignorées des grands patrons d'un certain âge qui eux ont connu cette médecine de cabinet, elles risquent d'être ignorées de nos jeunes et brillants confrères hospitaliers qui eux dans le cadre du temps plein n'ont jamais connu le contact du cabinet et de la clientèle, c'est quelque chose de spécial...

- R.J : Ce rôle de médecin est-il strictement médical ?

- Dr : Le rôle du médecin est d'abord médical, mais quand il a joué son rôle d'organicien, c'est à dire qu'il a fait un examen clinique, un interrogatoire aussi long (on apprend autant en interrogeant les malades qu'en les examinant), au terme de la consultation quand le contact s'est bien établi avec le malade, que le courant passe, les gens vous posent alors d'autres questions : "que me conseillez vous pour mon fils ? comment faut-il que je fasse avec ma belle-mère ? avec mon mari ?..." Actuellement le problème des difficultés sexuelles est plus facilement déballé devant les médecins surtout ceux d'un certain âge.

Là le médecin apparaît comme le conseiller des familles, la société actuelle ne peut remplacer cette fonction.

C'est là une récompense pour le médecin, la preuve qu'il a su conquérir la confiance de ses malades. C'est quand il a gagné cette confiance qu'on s'est aperçu que c'était un Monsieur solide à tous points de vue, physiquement et moralement, que les gens viennent se confier et c'est la bouée

de sauvetage souvent et c'est très, intéressant.

Là il faut avoir du temps, j'ai fait du syndicalisme et je continue, le médecin généraliste doit avoir du temps, une médecine baclée, expédiée comme on la voit dans certains systèmes de santé, c'est un désastre et une caricature de la médecine.

On retombe dans une débauche d'examens parfois inutiles ; le malade cherchant un contact chez nous ne l'ayant pas trouvé, va se rabattre sur ce que j'appellerai les illégaux, guérisseurs et autres charlatans qui manient le pendule ou la mèche de cheveux, pourquoi y vont-ils ? parce qu'ils n'ont pas trouvé chez le médecin ce qu'ils espéraient.

C'est une leçon qui est bonne pour nous tous.

Il faut que la qualité de la médecine soit respectée et respectable par ceux qui ont la responsabilité de l'assurance maladie, et qui fixent les honoraires dans le cadre des conventions. C'est un problème majeur qui fait l'objet des difficultés actuelles.

La qualité de la médecine doit passer par une revalorisation de l'acte initial et fondamental, qui est la consultation, ainsi il faut, bien entendu, renoncer à le multiplier...

C'est incompatible, le médecin généraliste sera toujours un artisan, fier de l'être, dans artisan il y a ce mot art, cela nous rapproche d'un monde qui ne pourra jamais être assimilé à toutes ces organisations collectivistes qui essaient d'écraser l'homme actuellement, c'est au fond une chose très satisfaisante.

Au monde des ordinateurs, le généraliste aura au contraire toute sa valeur.

C'est sûrement une belle vocation, si c'est la vôtre, je vous en félicite, et je vous souhaite de réussir...

Ca correspond à un besoin de plus en plus énorme, parce que la civilisation qui a apporté les bienfaits matériels a créé un certain désorroi et si ce siècle est celui du progrès technique, de la machine, et du machinisme, c'est aussi le siècle de l'angoisse.

Il me revient à la mémoire cette citation d'un auteur disant :

"la science a ouvert le monde jusqu'aux confins des étoiles,
mais elle a laissé le vide au fond du coeur de l'homme" ;
et c'est ce vide que nous sommes souvent chargés de remplir.

- R.J : Est-ce que l'on est préparé à remplir ce vide ?
- Dr : Je pense qu'au début le jeune médecin se sent un peu désespéré devant la mission qu'on lui a confiée, il se rend compte qu'il y a une espèce de disproportion entre ce qu'il est et ce qu'il représente ; puis l'expérience prouve et a prouvé que le corps médical français des généralistes est certainement un des meilleurs du monde, sans faire de chauvinisme, et qu'il avait, à la campagne ou dans les villes, rempli sa mission. Si on monte en épingle les fautes des médecins dans les journaux, dans le fond c'est bien peu de chose en comparaison des témoignages de reconnaissance.

Voyez dans mon cabinet, il y a un certain nombre d'objets qui sont des cadeaux de malades reconnaissants, qui ont acquitté les honoraires, et qui ont voulu faire plus...

- R.J : Le Médecin de Famille doit-il avoir lui même une vie de famille ?
- Dr : Sûrement, dans un quartier, une petite ville, ou à la campagne, où le médecin est le point de mire, s'il se comporte d'une façon scandaleuse, s'il cherche la provocation, il sera sans doute mal écouté et mal entendu.
- R.J : Cette profession est-elle compatible avec une vie de famille ?
- Dr : Il faut que vous choisissiez une femme qui soit compréhensive, patiente, pas jalouse, il lui faut beaucoup de qualités. La femme d'un médecin ne mène pas forcément une vie sur un lit de roses, il y a pas mal d'épines aussi, les heures d'absence, ce téléphone qui sonne tout le temps, qui vient troubler la vie de famille, c'est assez terrible. C'est peut être là que la médecine de groupe essaie d'apporter une solution dans son organisation nouvelle, mais là encore il ne faut pas oublier que la médecine n'est pas faite pour le médecin mais pour les malades, et que la maladie ne sera jamais bien planifiable.

- R.J : Quelles sont les dispositions que vous aimerez voir chez un étudiant pour faire de la Médecine de Famille ?
- Dr : Il ne faut pas qu'il ait seulement l'esprit de mathématiques, de géométrie, mais aussi l'esprit de finesse ; la sélection faite sur des bases à prédominance scientifique est certainement une erreur.

Il faut que le médecin est une ouverture d'esprit suffisante pour comprendre un minimum de choses, des éléments de base, des sciences que la médecine utilisera, il faut aussi que le médecin soit un homme sensible et un homme de coeur.

Un homme qui comprend l'humain, nous travaillons sur le bien le plus précieux, notre matière première c'est l'humain.

De Gaulle a dit "la grande affaire de ce siècle, c'est l'homme", c'est vrai et puis c'est de tout temps.

- R.J : Lui faut-il du courage ?

- Dr : Il en faut bien sûr, sinon il vaut mieux prendre un poste de fonctionnaire, il en existe de parfaitement respectables. Il faut que les généralistes acceptent d'être sur la brèche prêts à se battre, à répondre.

Courage physique et moral !

Après s'être bien battu, et que vous verrez mourir un enfant ou quelqu'un qui vous est cher, que vous avez subi des échecs ou que vous avez fait des erreurs, il y a des moments de découragement, il faudra les surmonter...

Enfin au total c'est positif !

- R.J : Vous auriez à recommencer cette profession ?

- Dr : Je recommencerais, évidemment je regrette que la médecine interne ne puisse pas apparaître comme le couronnement de la carrière d'un généraliste de valeur, et que la définition actuelle de la médecine interne soit trop restrictive. Je souhaiterais que les internes au terme de l'internat ne dédaignent pas revenir à l'exercice de cette Médecine de Famille.

- R.J : J'aurais voulu savoir d'abord si vous êtes un Médecin de Famille ?
- Dr : Je suis généraliste, et j'estime être un Médecin de Famille.
- R.J : Est ce que vos malades vous considèrent comme un Médecin de Famille ?
- Dr : Oui, la plupart mais cela ne veut pas dire que l'on soigne toute la famille. Quelques fois, on soigne longtemps les enfants et puis un beau jour on a les parents...
- R.J : Ca commence par les enfants ?
- Dr : Ou inversement : d'autres fois on a les parents. Comme je ne suis pas pédiatre, et qu'actuellement en ville beaucoup de gens font suivre leur nourrisson par des pédiatres, qui les gardent un certain temps...
- R.J : Cela serait un obstacle alors à votre exercice ?
- Dr : Ce n'est pas un obstacle, mais enfin c'est une évolution ; quand je me suis installé je voyais beaucoup plus de petits enfants.
- R.J : Pouvez-vous donner une définition des Médecins de Famille ?
- Dr : Une définition, c'est très difficile, mais... pour moi il y a plusieurs aspects, spécifiques du Médecin de Famille... et du médecin de Médecine Générale...
- R.J : Il est défini par son rôle, par son esprit ?
- Dr : A la fois par son rôle et par son esprit oui bien sûr...
Je mettrais d'abord en avant les points que moi je mets au premier plan, ce qui n'est pas forcément la même chose pour tous les généralistes. Il y a un certain état d'esprit, je parle d'une chose mais plutôt pour l'éliminer : il y a un certain nombre de médecins qui disent "les généralistes doivent être des trieurs de malades", alors un certain nombre de généralistes qui débitent beaucoup ont cet état d'esprit. Dès qu'il y a quelque chose, hop ! on l'envoie...

- R.J : L'esprit commercial ?
- Dr : Et c'est l'esprit plus commercial, enfin un état d'esprit qui existe, peut-être en faut-il ? Et je le réprouve.
Mais je dois dire que cet état d'esprit est surtout le fait de spécialistes, car ce sont les spécialistes qui aimeraient voir dans le généraliste un trieur et un fournisseur, qui leur envoie de bons malades...
- R.J : C'est le petit bout de la lorgnette ?
- Dr : Exactement, car le spécialiste tient beaucoup à marquer la différence entre lui, spécialiste qui est quelqu'un et ...
qui porte une auréole et qui tient à marquer la différence entre le commun des mortels, le petit peuple : les généralistes.
- R.J : Et votre optique alors du Médecin de Famille ?
- Dr : Le Médecin de Famille pour moi n'est pas un "sous-médecin", c'est un médecin à part entière, il y a des spécialistes qui sont des techniciens d'organes, et il y a des généralistes qui essaient d'intégrer l'ensemble...
Il y a une formule qu'on dit souvent : Au lieu de soigner des maladies on soigne des malades, c'est à dire des personnes, et moi je considère une personne humaine dans sa totalité, c'est à dire son état physique, corporel, mais également mental ou psychique, son environnement sociologique, sa famille, les relations qu'il a avec les autres, son travail etc...
- R.J : Vous avez une connaissance particulière du malade alors ?
- Dr : Oui et qui me semble indispensable pour intégrer le traitement ou la prise en charge du malade, cela m'amène à donner l'autre point : Je crois que le généraliste est celui qui prend en charge le malade, c'est à dire celui qui en assume la responsabilité...unique. J'ai la formation Balint, où l'on apprend beaucoup de choses concernant la relation Médecin-Malade.
Le généraliste peut et doit prendre en charge la responsabilité de son malade, l'acte médical n'est pas tellement de soigner telle ou telle chose, c'est à dire : "Je m'occupe de vous, vous pouvez compter sur moi".

Entièrement avec tous les moyens de la science actuelle et y compris, sous entendu, si techniquement je suis dépassé dans tel domaine, j'ai les spécialistes à ma disposition pour me donner des avis techniques.

- R.J : Y-a-t'il une partie technique ?

- Dr : Il y a une partie technique indispensable, si on n'a pas appris la médecine, on sera un mauvais médecin, ça c'est sûr et certain.

- R.J : Mais faut-il être un bon médecin "technicien" si on peut dire, pour être un Médecin de Famille ? Est-ce une condition nécessaire ?

- Dr : A mon avis : oui. Mais qu'est ce qu'un bon technicien ?
Ce n'est pas forcément celui qui connaîtra la formule chimique de toutes les vitamines ou des hormones stéroïdiennes,
c'est un clinicien, il faut être un bon technicien clinicien.

- R.J : Vous prenez donc en charge, en totalité, c'est à dire non seulement sur le plan physique, mais sur le plan mental...

- Dr : Et affectif. Il y a une relation affective entre le médecin et son malade, ça peut être aussi le cas des spécialistes, je ne demande pas l'exclusivité.

Dans la mode actuelle, on divise le corps en petits morceaux, et personne ne refait l'ensemble du puzzle et c'est ça prendre en charge : premièrement prendre en responsabilité son malade, et deuxièmement intégrer toutes les données dans un esprit de synthèse, pour en faire un tout cohérent.

On voit beaucoup de gens qui ont vu des tas de spécialistes très compétents dans des branches variées, et qui se retrouvent avec des ordonnances multiples du cardiologue, du rhumatologue, du gastro-entérologue etc...

- R.J : Sans liaison ?

- Dr : Sans liaison, et souvent ce sont des ordonnances très fournies en médicaments. Les gens se trouvent avec 30, 50 médicaments quelquefois, ce n'est pas très fréquent heureusement.
Enfin je prends cet exemple : ce malade débarque, et nous dit : "dans tout ça qu'est ce que je dois prendre ?" S'il prend tout ce serait délirant, c'est évident.

On fait la synthèse.

Il y a tellement de ces cas où un spécialiste est très affirmatif..

Je prends le cas de quelqu'un qui est obèse et puis qui a de l'arthrose. Et bien, le rhumatologue lui dira : "mon pauvre Monsieur, je ne peux rien pour vous, il faut maigrir. Allez voir l'endocrinologue". Alors il va voir un nutritionniste, qui lui fait une cure amaigrissante qui marche ou qui ne marche pas... donc qu'il n'a pas toujours très envie de faire, mais enfin on lui a dit de la faire, et dans le but d'améliorer ses rhumatismes qui souvent ne vont pas mieux, si ce n'est pires, une fois qu'il a maigri ; ou alors il interrompt son traitement, ou alors il fera autre chose.

Le nutritionniste dira "c'est bien, vous avez maigri", et il retourne vers le rhumatologue...

Enfin très souvent on change les problèmes, mais il n'y a pas de solution. Alors je ne dis pas que les généralistes résolvent tout, mais enfin il faut garder les pieds sur terre, on cherche un équilibre de vie...

Un moyen terme tenant compte des désirs d'un malade, exprimés ou sous-entendus, et de son contexte professionnel, ou autre.

- R.J : En dehors des spécialistes, pour vos malades, est ce que vous restez en contact avec d'autres organismes, les Hôpitaux par exemple ?
- Dr : Oui, d'abord je vais dans les Hôpitaux. C'est important de suivre ses malades à l'hôpital. Je les fais rentrer ; je peux les suivre, donc pour eux c'est très agréable...
- R.J : Et pour vous, ça vous apporte quelque chose ?
Y a-t'il un dialogue qui s'instaure avec l'Hôpital, avec des personnes... ?
- Dr : Pour moi, j'allais dire, c'est surtout pour me sécuriser ; C'est quand je ne sais plus quelquefois, enfin quand il y a besoin d'une hospitalisation et que je ne sais plus.
- R.J : C'est une information qui va dans les deux sens, c'est une information pour vous.

- Dr : C'est surtout pour moi, mais en même temps ça rassure le malade. S'il n'y avait que l'institution Hôpital et pas son médecin traitant, je ne sais pas si ça le rassurerait de la même façon.

- R.J : C'est un rôle de réassurance ? Ou vous apportez des éléments ?

- Dr : Je fais hospitaliser quand j'ai besoin d'un bilan conséquent, l'hôpital reste pour moi encore au premier plan, ou quand il y a une maladie grave, qui nécessite une hospitalisation. Maintenant une fois que moi médecin je suis rassuré par le bilan technique et que je sais qu'il n'y a rien derrière, je ne vais pas le laisser s'éterniser à l'hôpital, où il y a tous les chefs de clinique qui passent les uns après les autres en disant : "ça pourrait être telle chose ou ça pourrait être ceci" ; alors chaque fois on embraye des séries d'exams à n'en plus finir, non ! une fois qu'on a fait l'essentiel, qu'on est tranquille, ça va, je le reprends en charge, et quand il sort, quand le malade demande à sortir, ça va beaucoup mieux, le médecin étant très conforté par la technique hospitalière.

- R.J : C'est surtout un aspect technique, l'hôpital pour vous ?

- Dr : Oui, parce que le reste, l'hôpital ignore tout du fonctionnel et non seulement l'ignore mais le méprise.

- R.J : Ou psychiatriser ?

- Dr : Non, il psychiatrise rarement, car il a très peur des psychiatres, c'est une "race" qui fait aussi peur à beaucoup de médecins.

- R.J. : Mais vous ne vous considérez pas seulement comme un psychosomaticien ?

- Dr : Un petit peu. Je pense que tout médecin doit être quand même psycho-somaticien ; il y a "psycho" mais aussi "soma", il ne faut pas l'oublier.

Un obèse par exemple, ce n'est pas un malade pour un psychiatre. Les psychiatres n'aiment pas les obèses, si on leur envoie un obèse pour le traiter, ils disent "non c'est trop difficile !"

- R.J : C'est voué à l'échec d'après eux ?
- Dr : Oui, ou alors de très rares cas, très spéciaux, très particuliers.
Je prends cet exemple par ce que pour moi l'immense majorité c'est psycho-somatique, et bien on s'occupe du corps, on les fait maigrir, mais on ne fait pas une psychothérapie... de soutien, de généraliste en même temps, et bien que l'on sache que ça ne durera pas longtemps.
- R.J : Pensez-vous dédramatiser surtout ?
- Dr : Oui, on ne le peut que si soi-même on n'est pas inquiet...
L'inquiétude se transmet comme un microbe, un médecin inquiet et qui dit à son malade : "ne vous inquiétez pas ! ça ne sera pas grave", le message ne passe pas, parceque ce malade lui-même anxieux a des antennes et sent très bien l'inquiétude du médecin, même du médecin qui joue sa petite comédie pour avoir l'air tranquille.
Donc si on veut rassurer son malade, il faut que ce soit le médecin qui soit rassuré, si ce médecin est inquiet il faut qu'il fasse le bilan, il doit demander des examens, l'avis d'un spécialiste... quand le spécialiste a dit : "il n'y a rien"... S'il n'a vu que son malade et pas le médecin, le malade va quêter ailleurs en se disant : "il n'a pas trouvé" etc... Mais le médecin qui a demandé un avis au spécialiste, le spécialiste lui répond : "il n'y a rien. J'ai fait l'électro, c'est normal" ou "on a fait des radios", et bien le médecin est tranquille à ce moment là ; il a fait ce qu'il avait à faire techniquement, il est tranquille, donc on peut marcher...
- R.J : Avez-vous des relations avec les organismes sociaux, par exemple les assistantes sociales ?
- Dr : Ce sont des chameaux, des dragons...
- R.J : Efficaces ?
- Dr : Qui sont souvent un obstacle à la guérison du malade. Là je verse, je déverse toute mon agressivité, tout mon fiel, mais en réalité alors elles nous rendent service pour des cas précis, quand il y a un problème... de placement dans une maison quelconque... alors je considère que c'est un travail d'assistante sociale.

Mais elles ont un "pouvoir" énorme, mais pas la formation psychologique voulue... très souvent.

- R.J. : Oui, ce ne sont pas de bons collaborateurs ?
- Dr : Elles tiennent tellement à être prises pour quelqu'un de tout à fait supérieur, que les contacts sont difficiles. Il faut user de beaucoup de diplomatie ; elles ont leurs idées et leur autorité etc... On peut difficilement aller contre quand elles ont dit quelque chose. Maintenant quand on les voit alors on peut discuter, ça se passe toujours très bien. Mais sans ça, ça se passe toujours en dehors de nous. Les malades arrivent en nous disant : "voilà j'ai vu l'assistante sociale, elle m'a dit qu'il faut qu'on me marque tel ou tel truc," et puis il n'y a pas à discuter, enfin, c'est presque comme ça !
- R.J. : Et dans les cas où votre relation avec les assistantes sociales est bonne, est-ce que vous arrivez à faire progresser les choses, du fait que vous connaissez le malade ?
- Dr : Les assistantes sociales sont actuellement endoctrinées par les gens qui les encadrent pour faire des statistiques ou des trucs comme ça, alors elles s'occupent de tas de gens qui n'ont pas besoin qu'on s'occupe d'eux. Et quand il y a vraiment un cas social et quelque chose à faire, et bien il n'y a plus personne parceque ça donne du boulot, parceque c'est difficile, et là j'ai des tas d'exemples !
Je vais en dire un :
Une fois j'avais un malade, un pauvre type qui avait fait de la prison. Il cherchait du travail, il n'était pas malade gravement, je l'ai suivi pendant plusieurs années, je le vois encore d'ailleurs. Je connaissais toute la famille, lui, sa femme et ses filles. Et bien c'était aussi un cas social, il y avait une assistante sociale qui avait voulu s'occuper de lui pour lui faire avoir quelques secours, c'est à dire une prime parçi par là, toucher un peu d'argent. Mais je lui avais dit que ce n'était pas de ça qu'il avait besoin, mais d'un travail. Qu'on pouvait lui trouver un endroit où on embauchait même avec un casier judiciaire.

Un travail ~~est~~ ce type était sauvé, guéri, et bien non il n'y a pas eu moyen ; ça c'était un boulot difficile, et le service social n'a pas été capable de faire quoique ce soit de valable.

- R.J : Il préfère faire sa propre enquête ?
- Dr : Voilà ! Ils ont un service pour des cas sociaux, ils lui ont fait avoir une ou deux primes, des secours en argent mais ça n'a rien résolu !
- R.J : On a l'impression de buter contre un mur ?
- Dr : Oui, un peu, mais ça, ça donnait autrement de la peine, et dès que ça donne de la peine ou que ça sort de leur cadre, alors ça va plus.
- R.J : Et sur le plan de la profession de vos malades, est ce qu'il vous est arrivé de jouer un rôle dans par exemple un reclassement ?
- Dr : Oui, mais en fait ça ne se pose pas très souvent, ou parfois pour s'opposer à d'autres gens, parcequ'il y a toujours des gens bien intentionnés, très sûrs d'eux, et très peu formés qui disent aux gens : "Monsieur, il faut absolument faire ça", et c'est très médical, un très grand nombre de médecins ont une autorité très grande par leur auréole de médecin et si ils sont chirurgiens c'est encore plus grand, je prends cet exemple parceque j'ai le cas d'un malade...
Mais il faut faire la part des choses. Notamment sur le plan humain, côte à côte avec le malade.
Il faut tacher de sentir la demande vraie du malade qui n'est pas forcément la demande exprimée.
Et ça joue dans d'autres choses et je vais aujourd'hui casser du sucre sur tout le monde ; les gynécologues oeuvrent dans un domaine qui touche beaucoup l'affectif, mais ils ne connaissent rien du point de vue affectif, c'est des gros éléphants avec leurs gros sabots... Ils disent aux gens : "Maintenant il faut faire un enfant ou il ne faut pas faire d'enfant", comme si c'était à eux médecins à le décider, c'est un abus de pouvoir ! C'est très médical !

- R.J : Et les malades s'en plaignent ?
- Dr : Pas forcément. Mais ils disent : "Voilà le médecin m'a dit qu'il faut que je fasse un enfant pour guérir" mais c'est à courte vue, quel enfant vont-ils faire ? Un enfant médicament ?
- R.J : Pour revenir à la définition du Médecin de Famille, c'est-ce parceque vous soignez des familles que vous êtes Médecin de Famille ? ou bien est ce parceque vous faites partie de la famille ?
- Dr : Oui, il y a beaucoup de familles où j'ai soigné le père, la mère et les enfants, et quand il y a quelque chose c'est moi que l'on vient voir, on me demande.
- R.J : Est ce qu'il y a certains obstacles à cette action de soigner différentes personnes ?
- Dr : Moi je suis très content de soigner différentes personnes d'une même famille.
- R.J : Vous trouvez cela plus naturel ?
- Dr : Oui, ça m'aide, mais ce qui m'aide le plus c'est la confiance, si les gens viennent avec confiance, on peut aller très loin. Quelqu'un qui vient avec réticence et sans confiance, on ne fera pas du bon travail. On peut faire un travail médical mais c'est encore des vieux bateaux qui ont été sortis de temps en temps : "la confiance appelle le désir du médecin de soigner et augmente ses possibilités". Mais la confiance ça ne se décrète pas.
- R.J : Leur demande est-elle toujours médicale ?
- Dr : Non. Le médecin est quelqu'un à qui on peut avoir recours. Quand différentes choses ne vont pas, c'est un endroit où on peut s'adresser, être écouté, voilà encore une chose spécifique. Mais il faut de la médecine lente pour ça. Le malade a besoin d'être écouté, il vient pour être écouté et non pas pour écouter parler le médecin. Mais le médecin trop pressé, n'écoute pas, il interroge trop rapidement, l'examine rapidement et dit quelque chose car comme ça il agit. Et quelque fois d'écouter on a l'impression de ne rien faire. C'est d'une efficacité extrêmement grande, mais c'est très difficile d'écouter, il faut apprendre.

On ne l'apprend pas à la Faculté, on l'apprend au Balint ça c'est sûr.

- R.J : Le groupe Balint est un moyen de formation ?
- Dr : Oui, pour moi ça m'a apporté énormément. J'étais orienté déjà vers ça : l'écoute. On croit que c'est simple, qu'il suffit de se taire, mais c'est pas du tout ça, c'est très difficile si on est pas formé on ne peut pas faire une écoute longtemps... C'est aussi supporter le silence, et bien souvent c'est insupportable. Ce que raconte le malade, l'émergence de sa vie personnelle, qui parle pour de vrai, qui raconte comment il vit, et bien c'est difficilement supportable par le médecin s'il n'est pas formé.
- R.J : Une formation, une philosophie presque ?
- Dr : Oui, je parle de la formation Balint mais il y en a d'autres types ; c'est plutôt une formation avec des petits groupes, c'est pas un cours magistral.
- R.J : Vous pensez être Médecin de Famille à votre cabinet, à l'hôpital, où dans les familles elles-mêmes à domicile ?
- Dr : Les deux, j'aime bien aller de temps en temps à domicile. Je fais des visites et je crois que j'en ferai toute ma vie. Il faut faire les visites quand les malades ne peuvent se déplacer ; les malades que l'on voit au cabinet sur rendez-vous, le jour où ils ont quarante de fièvre il faut bien aller les voir chez eux, même s'ils habitent loin.
- R.J : Et vous avez l'impression là de faire votre rôle de Médecin de Famille ?
- Dr : C'est évident. Un Médecin de Famille c'est en premier ça.
- R.J : Un Médecin de Famille c'est quelqu'un de disponible ?
- Dr : Il faut être disponible, mais il faut aussi pouvoir prendre des vacances, et j'en prends.

- R.J : Est-ce qu'on est Médecin de Famille, ou faut il une formation particulière ?
- Dr : A mon avis il faut une formation particulière. Je serai très favorable au troisième cycle ; maintenant c'est aussi un état d'esprit.

- R.J : Troisième cycle pour les généralistes ?
- Dr : Oui. C'est très à la mode, je suis assez pour mais ça ne me semble pas indispensable. Pour moi la formation Balint, c'est un équivalent.

- R.J : Pensez-vous avoir été formé au cours de vos études ?
- Dr : Très mal. Formé si à la technique clinique, mais pas du tout au contact avec le malade. Ce qu'on apprend en médecine, une partie à la Faculté, une partie à l'hôpital où on est en contact avec le malade, et une partie en remplacement, aussi j'en ai fait beaucoup et c'est très instructif.
J'ai appris encore à mon cabinet, et ce n'est pas la même chose qu'en remplacement, parcequ'il y a des contacts affectifs qui se créent, tandis qu'en remplacement c'est toujours pareil : "Ah c'est le remplaçant ! Ah on est bien déçu ! on a rien contre vous Docteur mais on est bien déçu, on connaît tant notre médecin" ; a longueur de temps... c'est parfois pénible... il faut l'admettre, l'encaisser, mais chez soi quand on s'installe et qu'on voit qu'il y a des gens qui viennent et reviennent...

- R.J : Est ce que vous pensez avoir un rôle dans la recherche ? voir des choses qu'on ne voit pas ailleurs ?
- Dr : Je vois des choses qu'on ne voit pas ailleurs, mais pour moi personnellement je n'ai pas de rôle dans la recherche technique. Je ne suis pas très orienté, ça ne m'intéresse pas, mais dans la recherche relation médecin-malade, problèmes de couples, parcequ'un grand nombre de maladies sont liées à des difficultés de cet ordre, là alors oui...

- R.J : Dans les problèmes relationnels ?
- Dr : Oui et dans les problèmes psycho-somatiques que ne connaissent pas les psychiatres qui ne voient pas les mêmes malades.

- R.J : Est ce que vous êtes content d'être généraliste et Médecin de Famille ?
- Dr : Je suis très content d'être généraliste et Médecin de Famille, c'est ma vocation, c'est ce qui me plaît, c'est ce que j'aime, mais il y a un défaut majeur ce n'est pas reconnu par les systèmes actuels. Pour faire le travail que j'aime, j'ai été obligé de prendre une position très difficile, très dure, qui est d'être médecin dégagé de la convention. On est pénalisé sur le plan financier de manière importante, mais je gagne en faisant un travail que j'aime, on vit quand même ; mais faire un travail qu'on aime, qui nous plaît, pouvoir garder les gens longtemps, et s'ils reviennent ils savent bien ce qu'ils viennent chercher, bien qu'ils ne soient pas remboursés.
- Ca nous oblige à une qualité de travail.
- C'est une profession qui peut-être enthousiasmante et très satisfaisante.

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : Vous êtes généraliste, vos malades vous considèrent-ils comme un Médecin de Famille ?
- Dr : Oui, même en exerçant en groupe. Pour certains patrons, le fait d'exercer en groupe est considéré comme être un médecin disponible, mais du fait de ce groupe, les malades n'auraient pas le choix du médecin. En fait, je me considère très sincèrement comme un Médecin de Famille. Je rentre chez eux comme l'ami de la famille. Ils se confient à vous, vous confient même des problèmes extra-médicaux, ce qui prouve bien que le Médecin de Famille reste.
D'autre part s'installer seul comme médecin généraliste, je parle de la campagne donc du milieu rural, c'est devenu extrêmement astreignant. On ne peut pas être disponible vingt quatre heures sur vingt quatre, ce n'est pas possible. Ici, nous avons un système : le malade a libre choix de son médecin, c'est à dire qu'ici nous sommes quatre, un médecin dans la journée peut avoir quatre ou cinq visites à faire, et un autre se retrouve avec quinze ou vingt parce que les gens l'ont demandé lui, et il y va, on ne doit donc pas partager les visites. Chacun a sa clientèle propre. Pendant la garde, je suis de garde une nuit sur quatre et un week-end sur quatre, il m'arrive de voir des malades qui ne sont pas mes clients, je les vois, c'est d'autant plus facile qu'on a un système de fiches, et le lundi matin j'en réfère à mon confrère en lui disant : "j'ai fait hospitaliser tel malade mais tel autre il faut le voir". Cela nécessite une excellente entente entre les quatre médecins.
Au début de notre installation on se partageait les honoraires, puis ça a disparu.
- R.J : Disparu ! pourquoi ?
- Dr : C'était utopique. Il n'y avait pas de raisons que celui qui

travaillait plus soit pénalisé, et que celui qui travaillait moins (parce qu'il avait dix ans d'exercice et avait moins un besoin financier que les autres) touche autant que les autres à la fin du mois. Donc chacun garde ses honoraires. Par contre il y a une solidarité qui joue, et elle a joué il y a six mois lorsqu'un des confrères est tombé malade : on a fait le partage intégral.

- R.J : Les quatre ensemble. ?

- Dr : Oui ! Un de nos confrères a dû se faire opérer, il a dû rester six semaines sans travailler : partage intégral.

- R.J : Il n'y a qu'en cas de maladie de l'un d'entre vous que vous recommencez ce système ?

- Dr : Bien sûr il y a le système d'assurances, mais en plus il y a le partage intégral de tous les honoraires. C'est une solidarité entre nous, c'était très bon parce que cela ne s'était pas fait jusqu'à présent et cela a prouvé la solidité du groupe. En temps que médecin de groupe, je me sens bien dans ma peau, et je suis quand même un Médecin de Famille.

- R.J : Qu'est ce qui vous fait dire que vous êtes un Médecin de Famille ? vous parliez tout à l'heure des visites faites dans les familles, quels sont les autres éléments qui font cette certitude ?

- Dr : D'abord l'accueil des familles, les confidences que l'on nous fait qui sont très importantes. Il y a des problèmes extra-médicaux, histoire de partage, problèmes juridiques... Ils ont confiance en nous.

- R.J : Il y a d'autres domaines ?

- Dr : Oui, les problèmes des enfants, les problèmes des conflits conjugaux, quelques fois les aventures qu'ils ont pu avoir...

- R.J : C'est tout ce qui a trait à la famille ?

- Dr : Exactement !

- R.J : Pourquoi se confient-ils comme ça ?

- Dr : Ils ne vont plus chez le curé, c'est fini, alors il faut bien qu'ils trouvent quelqu'un qui les écoute et qui essaie de les comprendre, les gens ont beaucoup de problèmes.

- R.J : C'est dû à quoi ? Il en ont toujours eu ?
- Dr : Je ne crois pas qu'ils en aient toujours eu, je vois les cultivateurs, ceux qui ont soixante dix ou soixante quinze ans, ils sont sains de corps et d'esprit, alors que les générations nouvelles ont des problèmes.

- R.J : Avez-vous des problèmes psychiatriques ?
- Dr : Oui beaucoup. Le dernier qui vient de se terminer s'est fini tragiquement, un suicide à la suite d'une dépression. Depuis que je suis installé ici, j'ai eu quatre ou cinq suicides par dépression.

- R.J : Même à la campagne ?
- Dr : Oui même ici ! J'ai eu deux cultivateurs, et trois autres personnes.

- R.J : Pensez vous être préparé pour ce côté psychiatrique ? et pour ce côté extra-médical ?
- Dr : Je l'étais un peu de par ma formation. J'ai été interne à l'hôpital de x, et puis j'ai eu la chance avant de venir ici de remplacer des médecins pendant trois ans. Pour moi, l'internat est une excellente école pour ceux qui veulent être généralistes.

- R.J : Pour le côté psychiatrique, avez-vous été préparé ?
- Dr : J'ai été interne en psychiatrie avant de partir au service militaire. Non, je n'avais pas été préparé, et j'ai fait un internat vraiment médiocre. J'allais simplement en consultation, où je ne comprenais pas grand chose ; la consultation était très agréable, mais c'étaient des gens qui n'avaient pas de graves problèmes. Les problèmes graves je les ignorais. C'est par la suite que j'ai compris la nécessité de l'importance psychiatrique en médecine.

- R.J : Cela represente quel pourcentage de la clientèle ?
- Dr : Environ 50%.
Ce n'est pas de la grosse psychiatrie, mais il y en a quelques fois ; mais je pense très sincèrement faire un stage d'une semaine en milieu psychiatrique l'année prochaine.
- R.J : Pour les conseils conjugaux, comment faites vous ?
- Dr : Tout d'abord du bon sens. Les mettre en confiance. Il faut s'interesser à leur cas, si vous ne vous interessez pas, si vous ne repondez pas, ils sont terriblement déçus.
Au depart, ils ne vont pas bien se confier, ils somatisent un petit peu, ils ont mal au ventre, puis c'est à vous de leur faire dire quelque chose.
- R.J : C'est un peu le système Balint, vous êtesvous intéressé à celui ci ?
- Dr : Non ! j'en ai entendu parlé, mais je n'ai pas eu le temps, bien qu'étant en groupe car j'ai beaucoup de travail.
Je travaille environ quatorze heures par jour, et j'ai dix minutes à midi pour manger. J'ai un grand rayon d'action, je fais environ cent vingt kilomètres de moyenne par jour.
- R.J : Avez-vous eu l'impression en arrivant ici d'être Medecin de Famille, ou vous a-t'il fallu un certain temps pour le devenir ?
- Dr : J'ai tout de suite senti que cela marcherait ici.
- R.J : C'est surtout une façon de voir les choses ?
- Dr : Oui, j'ai eu de la chance, car depuis l'âge de quinze ans, j'allais passer mes vacances chez un medecin de campagne, et cela a été pour moi une excellente ecole.
- R.J : Dès le début de vos études vous aviez choisi ?
- Dr : Oui, je voulais être généraliste.
Il ne faut pas forcément rechercher la haute specialisation. Bien sûr il faut être au courant de certaines choses, mais la haute technicité n'est pas pour nous. Le cas interessant j'en vois, il m'arrive de voir des choses exceptionnelles, de faire des diagnostics exceptionnels, mais enfin il faut avoir

une base solide, on ne peut pas être bon médecin sans avoir des connaissances sérieuses.

- R.J : Sinon c'est du commerce ?
- Dr : Non parce que je pense que les jeunes qui vont à la Faculté sont sérieux, ils ont les connaissances et s'ils n'ont pas la pratique et l'expérience, je pense qu'ils peuvent l'acquérir. Les jeunes ont peur de se lancer, ces scrupules les honorent. J'ai eu des remplaçants ici qui m'ont fait des cours sur les immunoglobines, je savais que cela existait vaguement et ils m'ont fait des cours extraordinaires, je me suis aperçu qu'ils avaient beaucoup de connaissances, mais qu'elles n'étaient pas appliquées encore. Il y a un décalage.
- R.J : Est ce que vous estimez que le Médecin de Famille doit avoir d'autres qualités que le sérieux ? D'autres dispositions sans parler de qualités ?
- Dr : Des qualités humaines ! la patience, ce qui me paraît très important, et puis une certaine disponibilité. Il faut savoir ses limites même morales. A certains moments je pense être trop gentil, les gens en profitent, non pas pour des arrêts de travail, car ici il y en a très peu, mais pour d'autres problèmes. Mais en fait c'est une marque de confiance des gens .
- R.J : Il faut inspirer confiance ?
- Dr : C'est cela. Moi cela faisait six mois que j'étais installé ici, les gens m'ont bombardé président du syndicat d'initiative.
- R.J : C'est important de participer à la vie locale ?
- Dr : Je crois qu'il faut le faire, mais je ne pourrai pas me lancer dans une activité municipale, car cela prendrait trop de temps, être conseiller municipal cela est possible, il faudrait qu'un des médecins d'ici le soit.
- R.J : Vous ne voulez pas être maire ?

- Dr : Non cela prendrait trop de temps. Il ne faut pas, c'est une gloriole, c'est une satisfaction qui est tout à fait superflue.

- R.J : Quelles sont vos relations avec les organismes sociaux : hôpital, Sécurité Sociale ?

- Dr : Ici, nous avons un hôpital rural, qui est pour les 3/4 hospice et le quart restant un service de médecine, dans lequel on peut faire rentrer nos malades qui n'ont pas une pathologie trop lourde.
Il y a trois médecins chefs, qui sont les trois médecins du groupe et le quatrième, c'est moi, j'ai le droit de donner des soins, la commission préfectorale n'a pas voulu donner quatre médecins chefs à cet hôpital. Mais j'ai le droit d'aller voir mes malades, et j'ai le droit de les soigner.

- R.J : Trouvez-vous que c'est important de les suivre à l'hôpital ?

- Dr : Oui j'y vais, des gens qui sont en hospice cela ne me rapporte rien, j'y vais gratuitement, mais moralement j'y suis tenu.

- R.J : Et la Sécurité Sociale ?

- Dr : Nous avons de très bons rapports avec elle. Nous connaissons les médecins de la Sécurité Sociale. Lorsque nous avons des réunions à l'hôpital (puisque'ils s'en occupent aussi), ils y viennent, nous discutons des problèmes que nous pouvons avoir et de ceux de l'hôpital.

- R.J : Vous avez un contact direct en somme ?

- Dr : Oui. En général cela ne pose aucun problème, il y a des points de litige bien sûr, mais cela s'est toujours très bien réglé.

- R.J : Est ce que vous êtes conventionné ?

- Dr : Oui, je n'exercerais pas la médecine si je ne l'étais pas. Je pense que pour certains cela n'aurait pas d'importance, mais pour d'autres qui ont des revenus très modestes, cela serait trop lourd.

- R.J : Voyez-vous des obstacles à cette profession ?
- Dr : La difficulté est de ne pas trop en faire, mais cela vient peut être de moi, car j'ai des confrères qui sont plus rigides et qui arrivent à se limiter. Ils peuvent refuser une dernière visite, moi je suis contraint de la faire, je râle mais j'y vais.

- R.J : Est ce que c'est possible d'être Médecin de Famille et d'avoir une vie de famille ?
- Dr : Oui on peut avoir une vie de famille, je parle au sein du groupe. Il est bien évident que la vie de famille en souffre quand même. Amidi j'ai dix minutes pour déjeuner, et le soir je rentre vers vingt heures, mes enfants ont mangé et m'attendent. Je rentre fatigué et avec des préoccupations. Par exemple aujourd'hui c'est mon jour de repos, il faut que j'aille à l'hôpital car j'ai une ou deux visites que je n'ai pas faites. Il faut que je descende à Lyon pour aller voir mes malades hospitalisés. Ma femme aimerait que je l'emmène manger dans un petit restaurant et que nous allions au cinéma. Je n'arrive à le faire que peu souvent. Je ne peux pas lui dire "bon ! aujourd'hui je ne fais rien du tout, je ne suis qu'avec toi", cela ne m'est pas possible ! Mais cela tient à moi, et j'ai opté pour la médecine.

- R.J : Pensez-vous que les professions semblables ont les mêmes problèmes de ce côté là ? Je pense à des représentants, des gens qui voyagent ?
- Dr : Non, j'ai beaucoup d'amis qui voyagent, mais leur vie est plus facile, ils sont plus libres. Nous nous avons affaire à des hommes avec leurs problèmes. Ils ne sont pas agressifs parce qu'on sait les prendre, mais nous sommes les seuls à écouter leurs doléances.

- R.J : Ils tiennent à vous ?
- Dr : C'est peut être une impression, naïve ou fausse, mais c'est mon impression. Depuis que je suis ici, je n'ai pas acheté une douzaine d'oeufs, ils savent que j'aime le saucisson... au moment de la chasse, j'ai toujours une pièce de gibier...

- R.J : C'est important de se sentir compris, apprécié ?
- Dr : Oui, très. Mais je ne voudrais pas que cela soit parce que je suis trop gentil et trop disponible, il faut d'abord avant tout être compétent. Il y a des médecins qui sont raleurs, mais qui sont d'excellent médecins, et qui sont très appréciés. Je crois que tout le monde n'est pas fait pour ce metier.
- R.J : Qui n'est pas fait pour ce métier selon vous ?
- Dr : Je crois que se sont les malades qui le voient.
- R.J : Est ce que vous estimez que le "C" est normal ?
- Dr : Le "C" est normal dans la mesure où j'en fais beaucoup.
- R.J : C'est quand même une médecine de qualité ?
- Dr : Pas toujours. Je suis obligé d'aller vite parfois.
- R.J : Est ce que vous aimeriez ralentir un petit peu ?
- Dr : Oui, mais vous savez nous gagnons notre vie.
- R.J : Vous tournez quand même ?
- Dr : Oui, je tourne. Du fait d'être en groupe il y a beaucoup plus de frais. Ne serait-ce que la construction de ce groupe, pendant plusieurs années cela va être douloureux, plus le personnel c'est énorme. J'ai des problèmes de logement, actuellement je suis coincé, je vais vraisemblablement devoir faire un très gros emprunt, c'est à dire que pendant quinze ans je vais être astreint à des problèmes financiers qui vont me limiter dans mes loisirs.
- R.J : Ces frais supplémentaires sont supérieurs à ceux que vous auriez si vous étiez seul ?
- Dr : ~~pour les~~ frais de groupe, oui.
Mais mes confrères sont des copains, il y a une équipe et aucune rivalité entre nous.
- R.J : Finalement, le groupe ce n'est pas moins cher, mais cela évite l'isolement ?
- Dr : C'est cela, et c'est très important.

- R.J : Malgré tous les frais que vous avez, les dettes, cela va quand même, est ce que vous estimez que l'acte que vous pratiquez est honnêtement rétribué ?
- Dr : Je n'aurais pas ces problèmes financiers, je crois que oui !
Par contre lorsque je compare, je trouve que je gagne moins bien ma vie par rapport à certains, par rapport à la quantité de travail, parce qu'on a quand même en plus une responsabilité énorme.
- R.J : Cela va très loin cette notion de responsabilité, ou c'est une question de législation ?
- Dr : Non, cela peut aller très loin.
- R.J : Dans l'ensemble vous êtes satisfait ?
- Dr : Oui !
- R.J : Vous recommenceriez si c'était à refaire ?
- Dr : Oui, illico !
Au départ quand j'ai commencé ma médecine, j'envisageais de m'installer dans une petite ville environ vingt mille habitants en cabinet, parce que justement j'étais allé en vacances chez un medecin installé dans la Somme, et puis cela me plaisait.
Je pense que vous parlez de la question financière, il est bien évident que si j'ai la santé, si je continue comme ceci et bien après tout j'aurais mené une existence valable ;
je recommencerai donc de la même manière.
- R.J : Encourageriez-vous des etudiants à faire comme vous ?
- Dr : Oui, je ne me vois pas spécialiste, j'aime bien aller chez les gens, je travaille dans une region qui est agréable, et puis je pense que j'ai réussi.

ENTRETIEN N°14

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : Quelle est la définition du Médecin de Famille ?
- Dr : C'est le médecin du symptôme et de la maladie par opposition au spécialiste médecin de l'organe.
Les professeurs C.H.U. font de la science et le malade est un objet d'étude scientifique avec tout le respect qu'on peut avoir, mais il a rarement son mot à dire.
Le malade est isolé de son contexte, on regarde un cas de pathologie, les dernières publications, on fait des diagnostics épouvantables ou très biens, on le traite c'est tout.
Nous on aimerait faire une médecine pas meilleure que les autres, mais autre.
Ce qui fait notre spécificité est de vouloir être la médecine de la personne, de l'être en ce sens qu'il nous faut, les gens du groupe Balint le voient bien, dire "Monsieur la maladie est en vous, la guérison est en vous, quelque soit l'organe atteint, quelque soit le type de maladie, c'est toujours en vous, et nous sommes là pour vous apporter les données de la science actuelle, les moyens de vous en sortir, mais dans votre contexte".
Ce qui nous oppose très souvent avec les spécialistes c'est qu'il faut voir jusqu'où nous pouvons aller et c'est là où nous utilisons la science au service du malade, c'est à dire la science est pour le malade et non l'inverse.
Au sommet de la hiérarchie, on est collaborateurs du malade, un espèce de chef d'orchestre, on demande à des spécialistes, beaucoup plus compétents que nous dans certains domaines, de nous ouvrir les yeux sur leur domaine.
Je pense que c'est ça la spécificité de l'affaire et le drame est qu'on ne nous le montre pas en Faculté, pas bien à l'hôpital sauf dans de rares services.
Ce qu'on apprend à la Faculté est nécessaire, ce n'est pas

suffisant, il y a des excès, c'est un problème de réformes : le rôle de nos fondamentalistes est excessif parce qu'on veut nous faire croire qu'il n'y a qu'une médecine, alors qu'il y a beaucoup de médecins.

Actuellement la division entre spécialistes et généralistes est une aberration il faudrait différencier entre internistes ou médecins consultants, qui seraient des gens capables de débrouiller un malade avec un recul, et les autres généralistes et au même niveau les spécialistes.

Le généraliste ne doit pas être l'association de compétences de différents spécialistes, il doit effectivement savoir beaucoup de choses, c'est à dire toujours être aux aguets, savoir qu'un symptôme ne veut pas forcément dire telle maladie, mais en trouver la cause chez une personne donnée et savoir que même s'il ne sait pas interpréter un examen de haute voltige, que cela doit pouvoir se prescrire.

On a un cerveau qui est limité, et les vieux internistes qui savent tout c'est dépassé.

Mais il ne faut pas pour autant renier cette affaire là, et je pense que c'est un peu l'erreur de l'Etat, de la jurisprudence qui fait qu'actuellement on doit tout faire pour sauver quelqu'un. Effectivement il y a une grande tentation c'est de tout faire sans regarder le malade et dire que c'est ça ou ça.

Activisme ou protectionnisme, c'est à dire qu'on sera condamné si on laisse passer un cancer, mais ce cancer mental qui est une schizophrénie ou une psychose, si on passe à côté, cela n'a pas d'importance.

Ce qui fait que j'aime ce que je fais c'est que j'ai envie de cheminer avec les gens pour que je les rende et qu'ils me rendent adulte. Il n'y a pas d'un côté de mon bureau le type qui sait, qui a la science, et de l'autre côté au contraire le taré, le malade, le bossu, le tordu etc...

Il doit y avoir un échange et son expérience de malade doit m'aider à avancer comme la mienne, médicale, doit l'aider.

En fait, pour moi c'est d'aider les gens à devenir et à être adulte. Pouvoir dire : "je n'ai pas à regretter ce que j'ai fait, ma vie je l'ai bien remplie".

On doit cheminer avec les gens, et en plus du boulot il y a d'autres choses qui passent avec certains malades, on devient vraiment amis avec d'autres, le courant ne passe pas avec tous. Il faut surtout ne pas s'agripper aux gens, les laisser libres et si notre bobine ne leur revient pas les laisser en choisir un autre ; le libre choix c'est quelque chose de très valable dans la médecine libérale et ce libre choix doit être du côté du médecin comme du côté du malade.

On s'aperçoit que quand on hésite sur le diagnostic d'un malade que l'on connaît bien, sauf s'il y a des examens de très haute spécificité à faire... neuf fois sur dix les autres, les scientifiques, butent aussi.

Médecin dit de Famille, omnipraticien ou généraliste (appelez ça comme vous voulez) : nous devons cheminer avec les malades et leur montrer que la mort fait partie de la vie.

Quand on conçoit la vie, un enfant, on crée la vie mais en même temps la mort, c'est un fait. La loi nous apprend qu'on naît tel jour à telle heure, et qu'on meurt à telle heure tel jour. A mon avis c'est faux, on naît et on meurt en même temps. Sur les certificats de décès au lieu de mettre tel monsieur est mort à telle heure on devrait mettre tel monsieur a commencé à vivre et à mourir à telle heure, il a achevé de vivre à telle heure mais il avait commencé de mourir depuis longtemps.

Quand on explique ça aux gens, on s'aperçoit qu'il y a un tas d'angoisses qui ne relèvent ni de la psychiatrie, ni de la thérapeutique mais de la vie et son envers la mort. Celle ci est accrochée à la vie comme le jour accroché à la nuit, comme la bonne santé traîne après elle la maladie. Là où la psychiatrie pourrait nous aider, quand quelqu'un refuse son passé pour des raisons très précises, elle arrivera à le débloquent. Nous avons des techniques psychothérapeutiques, et ce serait violer le malade que de les employer sans le lui dire. Par contre si un contact passe très bien et on se dit il y a un diagnostic, une thérapeutique analytique à faire, demander à un psychiatre de s'en occuper, ce n'est pas notre domaine. Je crois que le drame, c'est que beaucoup de médecins dits de famille, généralistes ou autres, le sont parce qu'ils n'ont pas été spécialistes, alors ils veulent se faire des petites

spécialités de n'importe quoi. C'est normal, par tempérament il y en a qui vont plus faire de la psychothérapie, plus de la pneumologie ou de la cardiologie ; c'est évident, mais cela ne doit pas empêcher d'avoir un garde fou et se dire : "attention, tu es là au service du gars en face, non pas pour que tu sois son larbin, mais pour l'aider pour que lui même débrouille son affaire".

On a trop dans cette société ignoré la mort, c'est devenu quelque chose d'absolument peu naturel, alors que la mort fait partie de la vie. En voulant refuser la mort, on fait des mouiroirs qui sont ces espèces de salles d'hôpitaux ou d'hospices de vieillards où on crève de façon que personne n'en voit rien. Notre rôle c'est de dire que la mort fait partie de la vie. Il n'y a pas que ça, plus on essaie de faire cette médecine là, plus nous devons nous recycler de manière organique et scientifique. Pour ma part je suis les conférences Savy, et deux fois par an en automne et au printemps, trois à cinq jours, je vais à l'hôpital voir les choses. Ça ne suffit pas mais ça m'aide beaucoup, on apprend des techniques et ça rassure le malade de voir qu'on est au courant. Bien qu'on lui dise que sa guérison est en lui, il pourra être rassuré qu'on ne passera pas à côté d'une chose grave, lui dire que c'est lui qui est en cause et pas nous, et qu'il a son mot à dire dans sa société.

- R.J : Vous n'opposez pas le généraliste au Médecin de Famille ?

- Dr : La guerre des termes me fait un tantinet rigoler.

Tout simplement je suis médecin depuis dix ans, et conventionné par philosophie, par morale et non pas par obligation. Je trouve que le médecin doit faire partie de la vie publique, les gens cotisent à la Sécurité Sociale, on ne leur demande pas leur avis.

Pourquoi se mettre en dehors de ce système ? Qu'on le perfectionne, qu'on l'arrange pour nous, c'est évident ! qu'on se fasse respecter par les pouvoirs publics, c'est évident ! que les malades n'abusent pas de notre disponibilité, c'est encore évident ! mais vouloir opposer ces termes là parce que les gens même qui ont parlé de la médecine

de la personne, refusent de mettre leurs honoraires sur les feuilles de maladie, refusent de se conventionner, sont des choses qui sont choquantes. Généralistes au autres ça m'est égal l'important c'est la fonction que l'on a et que ce soit une fonction rémunérée.

Quand on ne rémunère pas un acte à sa propre valeur, un "C" de généraliste à trente francs quelque soit le temps passé ça fait un tantinet rigoler ! vu les charges que l'on a le généraliste n'étant pas un saint doit faire plus d'actes à l'heure. Ceux qui soit disant défendent la médecine à l'acte n'en défendent pas les causes.

Actuellement j'essaie de travailler sérieusement, de me limiter à vingt deux ou vingt trois malades par jour. Sur un laps de temps de douze à treize heures, c'est crevant et pas payant à la fin du mois, avec notre cabinet de groupe à trois nous avons des charges assez importantes.

C'est un choix au départ et je ne me plains pas. C'est un métier que j'aime beaucoup, et je ne le quitterai pas pour beaucoup de choses sauf si on me fout dehors.

La forme de paiement ne me gêne pas, fonctionnaire ou non, ce que je ne veux pas c'est que celui qui me paie, soit celui qui va me contrôler, mes actes ou mes malades... Nous ne voulons pas que la Sécurité Sociale soit à la fois notre patron et notre contrôleur ; vous voyez la pression qui en découlerait. C'est pour ça que je suis un peu agressif envers ces gens qui parlent de la médecine de personne car c'est les mêmes qui ont signé l'article 11 (créant des dispensaires gérés par la Sécurité Sociale). Je fais peut être un procès de mauvaise intention mais on veut peut être faire une médecine de riches hors convention, hors du système social, et une médecine de pauvres ou de moins riches mais de consommation. La justice est qu'un type qui a un salaire bas doit pouvoir se faire soigner dans de bonnes conditions autant que celui qui a un bon salaire. Je discute souvent avec mes malades de mes revenus, ils sont un peu éffarés des frais que l'on a et nous comprenons ceux qui font quarante ou cinquante actes par jour et qui en sont fiers. Mais la médecine que j'ai alors défini n'a plus cours.

Faire croire que l'on fait de la psychothérapie ou de l'écoute en cinq minutes, je défie qui que ce soit de le faire, l'expérience montre que le malade ne dit jamais d'emblée ses problèmes et ne les dira qu'à la deuxième ou troisième consultation. Inversement le malade qui fait l'éloge de son épouse je fais une coche dans ma fiche : problème conjugal. Ça ne manque pas, dans les deux ou trois fois qui suivent on s'aperçoit que si sa femme est une sainte, ils n'ont plus de rapports depuis longtemps, six mois au moins.

- R.J : Quelles qualités aimeriez vous rencontrer chez les étudiants en médecine pour faire votre profession ?

- Dr : Il n'y a pas de qualités ou de dispositions.

Il y a un phénomène éducatif qui compte beaucoup. Il faut apprendre jeune et le plus petit possible à savoir écouter, donner, échanger, on n'apprend pas à un psychologue à écouter, le gars qui a dix sept ans ne sait pas écouter son copain, même s'il fait de très grandes études de psychologie ou de psychiatrie, sera peut être capable de le faire par raison, mais ça passera moins, c'est très tôt qu'il faut apprendre ça.

Une très grande honnêteté avec les malades et enfin une franchise totale.

Depuis dix ans que j'exerce aucun malade ne peut me reprocher de l'avoir bluffé.

Il faut savoir aussi être organique. Un enfant énurétique est dans quatre vingt dix pour cent des cas perturbé affectivement et ce n'est pas, sauf perturbations importantes, une raison pour le mettre aussitôt entre les mains d'un psychiatre. Les spécialistes sont utiles, mais il ne faut pas trop en abuser. Il est aussi même délirant de voir qu'on se repose sur le petit généraliste pour lui faire dire qu'un type est apte à être ceci ou cela.

Pour le mariage on fera bientôt un certificat d'aptitude à "baiser"... on ne va pas s'arrêter.

La loi vous impose pour une prescription de pilule, un bilan nécessaire mais qu'il faut pouvoir prescrire à bon escient, et ça prend du temps... on est diminué quand à la fonction et surestimé pour dire si quelqu'un est apte à faire ceci ou cela.

Au lieu de faire un tel certificat de temps en temps, je mets que l'enfant "peut fréquenter" une salle de judo ou de natation. A un imbécile je réponds imbécile et demi. Il ne faut pas nous prendre pour des ânes...

Pour répondre plus complètement à votre question des qualités d'un généraliste, je crois qu'il faut choisir d'être généraliste comme certains choisissent d'être chirurgiens. Une fois que l'on a fini ses études, au niveau de l'internat pas avant, il faut se désencombrer la mémoire, et apprendre qu'un être ce n'est pas un morceau de viande avec des os et des fonctions, il y a quelqu'un derrière, quelqu'un dans son contexte familial, social etc... Nous avons tous un rôle à jouer, sociologique, politique peut être, au niveau de l'action sanitaire et sociale dont on est exclus.

Mes parents m'ont appris à être ouvert et à écouter, en commençant mes études de médecine j'aurais aussi bien pu faire des études littéraires ou de psychologie, ce qui m'intéressait c'était l'individu, la personne, quelque soit le boulot que j'aurais fait je me serais débrouillé pour faire ça...

Il y avait autre chose que je pouvais faire... donc l'écoute, être aussi un peu intéressé par la science, ne pas se scléroser le cerveau, se passionner pour des recherches, se secouer un peu les puces pour écouter des E.P.U., d'autres préfèrent les livres, il faut s'imposer cette affaire là. Dans mes

études j'ai eu la chance (ou la malchance) de réussir le concours d'externat en début de seconde année, j'ai ainsi fait très vite de l'hôpital, on s'est fait secouer les puces par Monsieur X, on s'est mis à potasser... On ne perdait pas notre temps... J'ai rencontré des personnalités qui avaient des qualités humaines frappantes, la psychiatrie était fausse quand on la réduit au choc électrique et, au MARSILID

ça me fait un peu rigoler, je ne veux pas faire de l'anti-psychiatrie et dire c'est la faute à la société ou à son papa s'il est comme ça !

D'être adulte s'est justement d'être modéré, de l'être en tout et de savoir utiliser ce qui est bon chez les uns et pas chez les autres...

N'étant pas motivé pour l'internat, j'ai cherché dans la

médecine ce dont j'avais envie et je l'ai trouvé chez les patrons, d'autres ont trouvé autre chose...

Nous autres médecins, nous sommes médecins de la mort et de la vie. On doit accepter l'échec comme la réussite, dans notre boulot qu'on le veuille ou non, c'est toujours l'échec, et le plus cuisant... sans être masochiste. sur le point de vue de l'humain, c'est assez sympathique de pouvoir apprendre beaucoup des gens.

ENTRETIEN N°15

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vous reconnaissez vous comme Médecin de Famille ?
Vos malades vous reconnaissent -ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Plutôt oui, car ce sont les malades qui choisissent "leur médecin", qui devient le médecin de "leur famille", le médecin ne fait que subir, tout au moins au début.
Si les gens ont confiance en lui, ils feront examiner leur famille, ils commencent par les parents ou l'inverse par les enfants, puis ensuite toute la famille vient et devient fidèle. Tout compte fait le médecin est concerné au deuxième degré, ce n'est pas lui qui choisit, mais les gens ne sont pas tenus ne sont pas "vissés" à ce médecin. C'est très bien comme ça car cela oblige le médecin à faire honneur à ce titre de Médecin de Famille.
Il peut y avoir la venue d'incidents qui font que le malade change de médecin, et je ne pense pas que le médecin dit de famille ait lieu de s'en offusquer, puisque la liberté est à double courant.
- R.J : Dans votre clientèle, quelle est la proportion de familles ? de gens liés entre eux ?
- Dr : Cela ne fait pas tout à fait les 3/4, mais pour un médecin installé depuis dix-quinze ou vingt ans cela peut faire plus des 3/4 de la clientèle. Je pense que c'est avec le nombre des années que le nombre des familles augmente et que cela devient l'exercice exclusif pratiquement du praticien.
- R.J : Qu'est ce qui fait la particularité d'un contact avec une famille entière ?
- Dr : Il y a une sympathie nouvelle, un dialogue qui s'établit, le courant passe ou ne passe pas. On ne peut pas plaire à tout le monde, et même pour le médecin il y a des gens qui peuvent ne pas lui plaire, dans ce cas là le client le sent, et va ailleurs.

Il y a une question de sympathie naturelle, de contact, de compréhension de travail. La question de confiance est très importante, la façon dont les gens sont soignés, les résultats, qu'on le veuille ou non tout cela joue, du point de vue juridique cela ne joue pas mais du point de vue de la clientèle cela compte énormément.

- R.J : Avez-vous été bien formé pour le métier que vous exercez ?

- Dr : Est-ce que les études médicales correspondent à l'idée que se font les familles du médecin à votre avis ? Et bien ! je serai tenté de répondre oui et non, le médecin doit amener sa science qui n'est pas bien grande au début, très théorique, très peu pratique.

Au point de vue psychologique est-ce qu'il a été formé ? Et bien absolument pas. De mon temps il n'y avait aucune formation psychologique qui puisse rendre service.

Et pourtant cela joue énormément. On apprend cela sur le tas, mais il faut du temps.

- R.J : Vous pensez qu'on peut être formé ?

- Dr : Cela s'apprend ! Quand on fréquente beaucoup les hôpitaux on apprend certaines choses en vivant au contact des malades.

Mais le malade transplanté à l'hôpital ne réagit pas du tout comme le malade qui est chez lui et qui vous reçoit.

Bien sûr il y a une adaptation à faire au point de vue psychologique, qui demande du temps.

Il y a des gens qui sont plus doués que d'autres de ce côté là et c'est là qu'intervient une certaine disparité entre les médecins, et qui n'a rien à voir avec les connaissances, le savoir.

- R.J : Est-ce que ce savoir est très étendu ?

- Dr : La partie du savoir de mon temps était peut être beaucoup plus satisfaisante, c'était certainement mieux.

- R.J : Pourquoi ?

- Dr : Parce qu'il y avait moins de choses à savoir, et puis il y avait le contact de l'hôpital qui était très précoce et suivi

très longtemps, cela est absolument irremplaçable, c'est ce qui fait certainement la valeur d'un médecin pendant toute sa carrière à mon avis.

La psychologie on peut l'apprendre, on est plus ou moins doué pour l'apprendre, mais la formation médicale purement technique ne s'apprend que pendant les sept années de formation.

- R.J : Ne pensez-vous pas que les concours sont indispensables ?

- Dr : Les concours aident énormément, ils font donner un coup de collier, ils font travailler énormément.

- R.J : Les remplacements ?

- Dr : Ils sont aussi très importants, car c'est la première application dans la pratique de la théorie qui a été apprise, mais c'est encore pas ça, car dans les remplacements on attache beaucoup moins d'importance au contact psychologique ; ce n'est pas sa clientèle personnelle, qu'on le veuille ou non le remplaçant... fait moins d'efforts.

Dans les remplacements je pense que ce qui compte est de mettre en pratique le savoir, la question psychologique passe au second plan, alors que dans une clientèle personnelle je ne dis pas que c'est l'inverse, mais bien 50%, puisque vous savez comme moi que tous les malades qui viennent consulter ne sont pas tous des malades au sens organique du terme, et on est bien obligé de les prendre comme ils sont.

- R.J : Comment se préparer à ce rôle ?

- Dr : On s'y prépare mal pendant les années d'études, et c'est petit à petit au contact de la clientèle que l'on apprend précisément à aborder le client, à lui dire ou ne pas lui dire tout de suite ce qu'il a, et surtout à faire accepter les décisions thérapeutiques qui sont parfois très contraignantes, et qu'on ne peut pas non plus exprimer de but en blanc comme cela.

Ce qu'on ne peut pas dire au malade, le Médecin de Famille peut le dire à la famille, et elle peut intervenir sur le malade. Quand on connaît la famille cela rend d'énormes services.

- R.J : Ca aide au départ de connaître la famille ?

- Dr : Oui, surtout en ce qui concerne les enfants.

- R.J : Après l'installation, la formation du médecin est-elle nécessaire ?

- Dr : oui bien sûr, si l'on s'en tient strictement à ce qu'on a appris, ça rend service, mais c'est indispensable pas seulement l'évolution des techniques, mais l'évolution des idées aussi.
Les techniques poussées, le médecin praticien doit les connaître, mais dans les grandes lignes.

- R.J : Il faut que le médecin se forme en permanence ?

- Dr : C'est cela. La formation continue des médecins dont on parle beaucoup est nécessaire, mais elle existe depuis longtemps.

- R.J : Vous préférez les publications ou les conférences ?

- Dr : Il faut les deux. Il faut une ou deux revues que l'on connaît bien qui entrent dans le cadre de ce qu'on cherche dans la presse médicale. Il faut faire un tri de ce qui est utile, au début on en a beaucoup trop.
J'attache beaucoup d'importance aux conférences car on peut dialoguer, poser des questions, c'est plus vivant.

- R.J : Sur le plan technique on a pu dire que le médecin généraliste était un trieur !

- Dr : On a dit ça depuis la grande décadence de la médecine sociale. A partir du moment où la Médecine est devenue sociale en 1960, après le fameux décret Bacon, il y a eu une décadence totale du rôle du Médecin Généraliste. Avant il n'était pas un trieur, mais depuis il l'est devenu lorsqu'il exerce dans les conditions requises par cette Médecine Sociale. Si un malade a une chose importante, le médecin l'envoie vers un autre secteur, un tri superspécialisé ; il n'a pas le temps de le faire lui même, tout le monde fait du tri, cela a toujours existé.
Le médecin devient trieur à partir du moment où il n'a plus le temps d'examiner, donc de soigner ses malades.

- R.J : Où trouvez-vous le temps ?

- Dr : On le trouve dans la forme de l'exercice.

Je ne suis pas conventionné, mais un médecin conventionné s'il n'a pas un certain rendement est coulé du point de vue économique.

Donc le médecin conventionné est un trieur, il peut voir trente à quarante malades par jour. Il y a des gens très habiles pour cela, il faut leur tirer notre chapeau, il leur faut avoir l'esprit très agile et toujours en éveil, un grand savoir, mais c'est très fatigant. Heureusement d'après ce que l'on voit ce n'est pas toujours ce qui se passe.

- R.J : Vous étiez conventionné avant ?

- Dr : Oui, mais c'était au début de l'application du système, on ne savait pas exactement ce que cela donnerait.

Moi, je passais encore pas mal de temps avec mes malades, mais je me suis vite rendu compte qu'il fallait que j'aie plus vite, et c'est d'ailleurs pour cela que j'ai abandonné par la suite ; je ne pouvais plus remplir ce rôle de Médecin de Famille, puisque c'est notre véritable rôle après tout.

- R.J : En tant que non-conventionné voyez-vous des choses intéressantes ?

- Dr : Bien sûr, on voit des choses très intéressantes. Les gens viennent pour un examen plus long. On voit aussi beaucoup de fonctionnels, il ne faut pas croire que l'on ne voit que des organiques.

- R.J : Est-ce que les fonctionnels sont intéressants ?

- Dr : Oui, car ça débouche parfois sur l'organique, c'est un organique qui n'est pas apparent. Cela demande beaucoup plus d'efforts et aussi d'examiner pendant longtemps les gens. Faire de la médecine de tri est à la portée de n'importe quel étudiant, qui a fini ses études, cela ne demande pas une formation psychologique importante.

- R.J : Les fonctionnels sont-ils plus difficiles à soigner que les organiques ?

- Dr : Oui, car cela dépend de leur tempérament, s'ils se confient cela va, mais c'est plus long.

- R.J : Est ce que le non conventionne^{ment} est intéressant dans la mesure où l'on peut accorder plus de temps à chaque malade ?

- Dr : Oui bien sûr ! Moi j'ai tout le temps de les écouter, de les examiner, de prendre des décisions. Cela fait des contacts, des liens avec les gens, et c'est certainement plus intéressant.

- R.J : Quels sont les obstacles que vous rencontrez ? Avec les organismes sociaux ?

- Dr : Moi, je les ai éliminés. Je ne peux pas supporter quelqu'un qui surveille mon travail, j'estime être assez adulte pour ne pas avoir la Sécurité Sociale sur le dos.
 Bien sûr elle m'écrit des lettres de temps en temps :
 "pourquoi ceci, pourquoi cela", cela va directement à la poubelle car cela ne la regarde pas.
 Alors cela libère énormément le médecin. Les tracasseries administratives sont pénibles, elles ne débouchent sur rien, et gênent le médecin. Il doit s'en débarrasser s'il veut faire son travail correctement.
 Il est important d'avoir l'esprit libre quand on aborde la clientèle.

- R.J : Ces soucis réglés, y a-t'il d'autres inconvénients à cette forme d'exercice ?

- Dr : Il faut être disponible de jour et de nuit, surtout au début.

- R.J : Pensez-vous que les visites sont importantes ?

- Dr : Non, les consultations sont plus importantes que les visites. Les gens font un effort, et se déplacent.
 Mais quand ils m'appellent, j'y vais sans discuter, car c'est sûr ils ne peuvent pas venir.
 L'aspect curatif de l'action du médecin non-conventionné est beaucoup plus importante, on a le temps de soigner, de faire une douzaine d'exams, de demander et de choisir des exams complémentaires nécessaires, et non pas d'en demander

une liste qui n'en finit pas, et de ce fait les hospitalisations sont beaucoup moins importantes.

- R.J : Vous attachez cela à quoi ?

- Dr : Au fait que le diagnostic est fait, confirmé, et le traitement se fait ensuite sans prendre de risque.

- R.J : Vos malades sont-ils très exigeants ?

- Dr : Si bien sûr, c'est un phénomène général, quand on ne peut pas faire mieux, on leur explique qu'on les envoie chez un spécialiste, et ma foi ils admettent assez bien. On ne peut pas non plus être Dieu le père, c'est bien évident.

On fait du mieux que l'on peut mais on a des limites, personne ne peut tout savoir.

- R.J : D'après vous quelles sont les qualités indispensables du Médecin de Famille ?

- Dr : De la patience c'est obligatoire, si on brusque les choses cela flaque tout par terre.

Le malade n'admet pas que le médecin soit pressé. Il sait qu'il est pressé par définition, mais pour lui il doit faire une exception.

Le médecin doit avoir une attitude assez neutre, cela facilite le contact, et puis la guérison parfois, parce que le client écoute mieux le médecin qui reste calme, et fait mieux son traitement quand il l'a bien compris.

- R.J : Voyez-vous d'autres qualités ?

- Dr : La formation : il est certain qu'il faut savoir pas mal de choses. Il faut avoir la patience de les apprendre, ne pas rechigner au travail.

C'est un choix qu'il faut faire au départ sans réticence, s'il faut se lever à minuit, si c'est un client qu'on connaît bien, je pense que c'est une erreur de ne pas y aller.

- R.J : C'est du courage ?

- Dr : C'est une question de responsabilité envers un individu qui a mis sa confiance en vous, et ce n'est pas une confiance

aveugle. Il y a un équilibre entre la confiance du malade et la bonne volonté du médecin.

Physiquement c'est pénible, car lorsqu'on a décidé de se reposer, bien souvent c'est à ce moment qu'il y a un appel, et je pense qu'il faut y aller.

Il faut avoir une bonne santé.

- R.J : Croyez-vous qu'un étudiant doit s'orienter dès le début de ses études vers la médecine générale ?
- Dr : Je pense que c'est un choix à faire rapidement, il faut orienter son travail de Faculté en fonction de cet exercice. J'ai fait des semestres un peu partout et cela rend d'énormes services. Il y a des choses que le médecin doit savoir, il les apprend pendant ses études, par la suite il complète sa formation. Plus le médecin peut se former de façon assez vaste pendant ses études, plus il aura de facilité par la suite.
- R.J : Il doit être donc motivé dès le départ ?
- Dr : Oui sûrement ! Actuellement le problème est faussé par l'orientation socialisante de la médecine où on a parqué les médecins : médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins hospitaliers.
Le médecin spécialiste est mieux "honoré" dans tous les sens du terme, que le médecin généraliste.
Le travail du généraliste est très varié, c'est ce qui fait le plaisir du métier.
En général, le Médecin de Famille est encore l'un des premiers à voir le malade.
- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?
- Dr : Oui bien sûr ! car je reste entièrement libre de mes mouvements, et de mes idées, et ça c'est très important.
- R.J : Etes-vous heureux de votre profession ?
- Dr : Oui de la façon dont j'exerce sûrement. Les résultats ce n'est pas à moi à en juger, mais de la façon dont je pratique.
Et surtout j'ai pu faire personnellement la différence entre

les deux systèmes, le système socialisant est affreux pour le medecin, c'est un peu le bain. Dans ce metier il faut egalite au départ dans le contact sinon cela modifie les relations entre le medecin et son malade. Si c'est le malade qui fait son ordonnance, c'est foutu.

- R.J : Dans l'avenir pensez-vous que cela va évoluer ?
- Dr : Pour l'avenir je pense qu'il y aura une medecine de plus en plus socialisante, mais que par la force des choses il y en aura une qui restera entièrement libre, officielle ou non, mais elle existera et l'essentiel est d'être de ce côté là si vraiment on est un homme libre, et si l'on tient à sa liberté.

Un medecin peut prendre des responsabilites que si il a vraiment sa liberté de décision autrement les responsabilites ne lui appartiennent plus, et faire ce metier là ou un autre n'a pas d'importance dans ces conditions.

ENTRETIEN N°16

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Le Médecin de Famille : Je rencontre les médecins susceptibles de se reconnaître sous cette appellation ?
- Dr : Le Médecin de Famille est à mon avis le médecin essentiel de l'activité de la Médecine. Celui qui reste et qui logiquement va organiser les soins médicaux.

On peut constater souvent une remise en cause de cette notion de la part des malades et de certains confrères, due à la multiplicité de spécialités, et à une conception un peu limitative de l'exercice médical axé sur telle ou telle fonction ou tel ou tel organe. C'est une erreur sur laquelle il nous faudra un jour revenir, ce sera très douloureux parce que beaucoup de gens dans cette affaire y perdront des plumes et se retrouveront dans une situation difficilement tolérable. Voir qu'on s'est trompé, n'est pas faire machine arrière. Soit on persiste dans son erreur et on va vers l'aggravation d'un système imbecile, soit on reprend un chemin plus logique et on essaie de s'intéresser à un exercice médical plus complet plus total et moins coûteux, car il y a aussi une question de coût. La médecine diversifiée et très approfondie est très coûteuse, et ne pourra pas être très longtemps poursuivie. On fabrique des petits professeurs, chacun dans leur micro-spécialité, ce n'est l'intérêt ni des malades, ni de la Médecine, et la collectivité n'en supportera pas les conséquences.

- R.J : Pourquoi s'égare-t'on ?
- Dr : On perd l'objet de la médecine. Pour un certain nombre de malades d'âge moyen ou avancé, on entreprend des thérapeutiques coûteuses intensives, on devrait voir les choses en face, normalement il y a des limites : s'il n'y en a pas de théoriques, on doit admettre qu'il y en a de pratiques. Entreprendre chez des gens de soixante dix ans et plus des thérapeutiques très coûteuses, c'est un non-sens économique

et un suicide national. Dans une population vieillissante c'est une opération sans possibilité réelle de succès. Quant au Medecin de Famille, il faut qu'il soit formé et qu'il ait un modèle. Je crois que c'est là le problème de fond, dans l'enseignement actuel il n'y a plus de modèles de Medecin de Famille, il s'y est substitué le modèle hospitalo-universitaire omniscient et tirant du scientifique de pointe, du medecin à la fois habile et capable, du chercheur. C'est une mauvaise image de référence pour l'étudiant, sans préjuger de son utilité, mais doutant de son efficacité réelle sur l'ensemble de la population vu les budgets qu'il y faudrait engloutir.

Cette image satisfaisante du Medecin de Famille à laquelle, au cours ou à la fin de ses études, l'étudiant peut s'identifier, doit lui permettre de faire des projets à longs termes. La tendance naturelle serait de représenter le Médecin de Famille comme une espèce en voie de disparition, témoin d'un autre âge... On lui prête la connaissance de la famille. la médecine universitaire ; on a tendance à négliger profondément cet aspect de l'environnement du malade dans son milieu. C'est là que le praticien peut se mesurer ou avoir le pas sur les autres formes d'exercices, par cette connaissance il peut sacrifier un certain nombre de démarches médicales. Beaucoup de diagnostics peuvent être faits sur les antécédents des malades, son observation, les antécédents de sa famille. Certains signes dans certains milieux prennent une valeur particulière.

Il s'y oppose la tendance naturelle du corps médical, qui croit que c'est en se spécialisant et en abandonnant cette forme d'exercice qu'il peut se promouvoir.

Pendant de longues années, l'idéal était d'accéder au grade supérieur : le spécialiste. Cette idée là, valable dans une économie médicale en expansion, est maintenant beaucoup plus discutable.

Dans l'opinion publique, ce phénomène joue encore beaucoup, malgré la tendance actuelle de l'inverser, il y a une majoration très nette du spécialiste ; on vous demande toujours dans quelle spécialité vous exercez.

Ce n'est pas que les gens soient désagréables avec les généralistes, mais enfin ils disent : "C'est bien, il en faut" ou "on vous envoie des chrysanthèmes...c'est un métier difficile etc... On en pense pas un mot. Cela vient sans doute du fait que le spécialiste était une image abâtardie du patron et que ce dernier avait une espèce d'aura particulière.

On est déjà en train de changer d'optique, ce sera de moins en moins vrai, surtout si la formation est équivalente, même différenciée, pour le généraliste et aussi s'il y a une moins abondante formation de spécialistes.

Beaucoup de spécialistes sont amenés à exercer de la médecine de famille.

J'aime beaucoup les pédiatres, mais ce n'est que de la médecine générale.

Il faudra obliger les gens à consulter d'abord le généraliste, qui lui a une connaissance globale, dans leur intérêt et dans l'intérêt général.

La médecine praticienne de famille est en définitive l'idéale. L'hôpital lui même nous fait une sorte de concurrence déloyale, car il a une supériorité technique réelle, mais pas une supériorité humaine. Il est assez anormal que l'hôpital s'engage dans la voie des soins primaires.

Le rôle du Médecin de Famille est d'assurer les soins primaires, un rôle d'orientation quoique très minime, et celui des suites quand l'hôpital n'a ni les pouvoirs techniques ni les pouvoirs humains de le faire.

Le risque c'est de faire une médecine poubelle, mais il peut être évité : la Médecine de Famille sera ce que les Médecins de Famille en feront : prendre conscience de l'importance de leur rôle. Et même sur le plan économique ils exercent une médecine de qualité non coûteuse. Les autres formations augmentent leur coût.

- R.J : Le Médecin de Famille a-t'il d'autres rôles en dehors du rôle médical strict ?

- Dr : Oui, c'est intéressant à aborder.

Un rôle politique, c'est à dire inclus dans la cité, au sens large quelles que soient ses opinions. Il oriente la vie des

gens de façon discrète, c'est un conseiller et pour cela il doit avoir un certain gabarit. Les gens sont très contents de se confier à lui, et de lui demander des conseils pas forcément lénifiants, prendre des positions et ceci est délicat, ils demandent au médecin d'avoir l'image du père, même des gens plus âgés que lui... D'abord il écoute et il conseille sirc'est possible. L'écoute est indispensable, c'est une dimension de la médecine encore inexistante dans le cadre de la médecine hospitalo-universitaire, qui peut être un facteur essentiel de l'équilibre d'une population. Beaucoup de gens n'ont plus personne à qui se confier ; et il faut pour cela attribuer à quelqu'un une certaine valeur personnelle même si c'est faux. La qualité de l'écoute est importante.

Il ne doit pas se prendre pour un cador, mais il doit réaliser le rôle de substitut paternel, même temporaire, qu'il représente : le conseil familial, le conseil dans la vie privée, l'orientation des grandes options.

Sans être le petit sexologue de service, on peut aussi favoriser un certain nombre de solutions à des situations douloureuses, d'où les gens ont de la peine à se sortir.

Il faut une disponibilité personnelle, c'est à dire accepter d'être mis à contribution, c'est parfois un peu pénible.

Il y a là un problème de sympathie, il faut que ça colle. Une sympathie de base même non exprimée. Cela sous entend le libre choix et pour le médecin, la possibilité de refuser ce genre de chose, s'il est dangereux pour lui d'accepter certaines personnes.

Enfin le rôle de contact humain, même autre que médical, association dans la cité, mouvements sociaux ou politiques. On attend du Médecin de Famille, qu'il ait un rôle de responsable et de notable au sens vrai, c'est à dire non pas basé sur l'argent, mais sur une certaine responsabilité. A ce niveau là, le problème du Médecin de Famille est entièrement actuel et moderne, il est à poser en terme d'exercice quotidien. Il faut fournir à l'étudiant en médecine un modèle non dévalorisé.

La Médecine de Famille a fait la preuve qu'elle était utile,

non dévaluée ou archaïque.

- R.J : Pourquoi employez vous le terme de Médecin de Famille plutôt que celui de Médecin Généraliste ?
- Dr : A mon avis Médecin Généraliste c'est devenu une erreur de conception, comme le terme d'omnipraticien, on ne peut pas se substituer à des gens qui ont des techniques que nous ne possédons pas, les nôtres sont des techniques de la relation, du milieu, que les autres n'ont pas, ou moins.
Le Médecin de Famille est réellement la médecine habituelle, continue, de l'individu et de la famille dans son groupe.
Malheureusement il y a une grande mutation de la clientèle, c'est un phénomène qu'il faut accepter.
Enfin il est très critiquable que les femmes aient leur gynécologue, pour eux tout ce qui n'est pas gynécologique n'est pas important. Les gamins vont voir les pédiatres ; et si on pouvait créer une médecine pour les quinze-vingt ans on le ferait, cela devient ridicule.
Je dénonce le problème depuis longtemps, et cela ne fait pas plaisir à tout le monde, y compris certains généralistes anxieux et ne voulant pas modifier les structures actuelles.
L'accès direct aux spécialistes est aberrant.
- R.J : Est-ce que vous recommenceriez ?
- Dr : Oui, c'est un choix ! J'ai fait tout un itinéraire compliqué, sans perdre contact tout à fait par des remplacements, et j'ai choisi très positivement de faire de la médecine générale parce que je crois qu'en réalité, c'est à ce niveau là que les choses doivent se passer.
Je crois que c'est le mode d'exercice médical logique, c'est une formule essentielle à laquelle je tiens sans vouloir en changer, mais complété par un exercice dans la cité.
- R.J : Quelles sont les dispositions ou les qualités que vous aimeriez rencontrer chez un étudiant pour faire cette profession ?
- Dr : Il y a finalement une aptitude, dont on devrait de plus en plus tenir compte dans la sélection qui est nécessaire et difficile,

on ne peut laisser tout le monde faire de la medecine, afin de ne pas la dévaloriser aux yeux des gens.

Il faut des qualites humaines. Il faut éviter aussi de donner à l'étudiant le sentiment que ses connaissances propres et strictes sont des elements suffisants. Ce qui est important c'est l'aptitude à s'intéresser aux gens. Cela ne s'apprend pas, mais ça peut se developper...

Il faut suggerer à l'étudiant que cet exercice est véritablement medical par une image réellement attrayante.

La medecine générale est une medecine entière, totale, complète sans la moindre valeur par rapport à la medecine spécialisée. Cela doit être favorisé au début des études pour des étudiants qui ont nécessairement une aptitude intellectuelle, mais aussi une grande curiosité humaine pour les gens et pour leur mode de vie.

Le rôle des "Ecoles" de medecine et de former 90% de praticiens bien formés dans le but d'être Médecin de Famille.

Il faut pour résoudre ce problème plus un changement de mentalité qu'un changement de structures.

ENTRETIEN N°17

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : En tant que généraliste, vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?

- Dr : Chaque malade a un Médecin de Famille, le fait d'aller de spécialiste en spécialiste le pousse un jour à avoir une synthèse obligatoirement faite par le Médecin de Famille. C'est absolu et très demandé.

Au cours de l'hospitalisation, et encore plus après, il est nécessaire que la synthèse des soins soit faite. Seul le Médecin de Famille peut jouer ce rôle.

Il intervient déjà avant en prenant rendez-vous dans le service, puis il va voir son malade à l'hôpital (souvent le dimanche). Il le présente aux internes, aux médecins du service. Il montre à tous que le malade n'est pas un numéro. Je joue ce rôle, je suis l'évolution, je vérifie mon diagnostic, c'est important pour moi, mais encore plus pour le malade. Les liens créés entre lui et moi se renforcent.

La médecine actuelle est souvent une médecine de spécialistes savants qui connaissent très bien leur spécialité, mais ne peuvent pas faire la synthèse indispensable pour le médecin. J'ai tendance à voir les malades dans leur totalité, il y a aussi la synthèse familiale, le Médecin de Famille va chez le malade, il sait où, avec qui, dans quel cadre il vit : vieux garçon avec sa mère, jeune couple avec les parents...

- R.J : Y a-t'il un rôle médical, "technique" particulier ?

- Dr : Oui, technique important, car il doit connaître la majorité des spécialités dans leurs aspects d'urgence ; il ne doit pas passer à côté d'un diagnostic d'urgence (en gynécologie, ou obstétrique, c'est souvent le généraliste qui voit les urgences). Certains pédiatres, ^{se déplacent} d'autres pas, très souvent le médecin est appelé en urgence auprès des enfants.

C'est notre rôle de "bouche trou", il ne faut pas avoir honte de le faire.

- R.J : Sa formation doit-elle être solide ?
- Dr : Il faut une formation solide sur certains points, des choses très habituelles, par contre pour d'autres choses cela n'est pas nécessaire comme les examens très spécialisés, et certaines maladies très rares. On pardonnera au Médecin dans ce cas, il faut qu'il ait la puissance de se dire : "je ne sais pas, il faut faire un examen ailleurs", et ce n'est pas facile...
- R.J : Le Médecin de Famille, exerce-t'il d'autres rôles, dans d'autres domaines ?
- Dr : Bien sûr ! le rôle psychologique du médecin dans la famille est encore important très souvent on nous demande des conseils qui pratiquement n'ont rien à voir avec la médecine. Le médecin politique, ce n'est pas mon cas, est quelque chose de très connu en France, beaucoup de députés sont médecins, ce qui prouve que les familles poussent plus ou moins les médecins à les défendre sur d'autres plans. Ça dépasse largement la médecine.
- R.J : Y êtes vous préparé et de quoi s'agit-il ?
- Dr : Nous n'y sommes pas préparés en dehors de certains cours spéciaux de médecine légale et du travail. Le médecin doit se tenir au courant de tout ce qui se passe autour de lui. Il peut aussi discuter avec ses malades d'origines très diverses, de professions différentes, sur leur mode de travail, leur mode de vie... C'est une chose passionnante de notre métier qui nous permet de connaître le contact humain. Les gens demandent parfois des choses surprenantes : "Où partir en vacances ? Les enfants doivent-ils aller à la mer, où à la montagne" Sur le plan conjugal de plus en plus les médecins sont appelés à donner des avis dans le domaine de la sexualité. Les problèmes du couple conduisent à la sexualité.

- R.J : Pensez-vous que c'est son rôle, qu'il est là pour ça ?
- Dr : Il n'est pas là pour donner des conseils précis, mais pour essayer de voir les insuffisances ; on ne demande pas au médecin des connaissances mais du bon sens. Il n'est ni formé ni préparé ; un psychologue qui se prépare ou se forme à l'être, cela m'a toujours fait rire, la psychologie du quotidien ne s'apprend pas dans les livres.
La formation psychologique, c'est quelque chose qu'on peut acquérir et qu'on acquiert très bien.
On n'a pas besoin d'un cours, par exemple sur la sexologie c'est de l'autoformation. Néanmoins, il faut admettre ses lacunes et vouloir se cultiver soi même.

- R.J : Dans votre formation de Médecin de Famille, certains aspects vous ont-ils plus particulièrement préparé à ce métier ?
- Dr : J'avais l'impression que le Médecin de Famille entrait dans la famille, aidait la famille à mieux vivre, j'ai eu la chance de passer par l'internat de l'Hôpital X ; hôpital à grandeur humaine où les rapports étaient précis entre les malades les médecins et les familles. Le malade n'y était pas un numéro. Même bien soigné le malade doit être pris en charge par une équipe, pas trop surchargée, qui l'accepte tel qu'il est.
Certains hôpitaux forment mieux à la médecine générale, pas des hôpitaux de pointe.
C'est aussi agréable de soigner des infections banales, que de découvrir des syndromes exceptionnels mille fois évoqués à la Faculté, jamais vus au cours de ma carrière. Le plaisir c'est de pouvoir soigner les gens, même une simple morsure de chien, parfois plus qu'une maladie exceptionnelle.
L'intérêt scientifique n'est pas obligatoire, mais l'intérêt humain est certain. Les médecins ne sont pas forcément hyper-scientifiques comme les chercheurs.
La médecine est-elle une branche très scientifique ? C'est encore à démontrer ! La preuve, c'est le triomphe des acupuncteurs et des homéopathes qui n'ont absolument rien de scientifiques et qui ont pourtant une clientèle énorme.

Les gens n'ont pas besoin de savants pour leur donner leur thérapeutique.

- R.J : Quels sont les obstacles que vous recontrez dans votre profession ?
- Dr : Il faut d'abord beaucoup travailler, c'est un peu à l'inverse de l'évolution actuelle ; les gens prennent de plus en plus de loisirs, pour le médecin le travail augmente ; et malgré les systèmes d'organisation actuels qui résolvent peut être certaines choses, mais pas tout : les gardes à tour de rôle ne sont pas toujours acceptées par les malades qui sont contents quelquefois de vous trouver un jour férié chez vous, pour arranger plus facilement leur problème.
- R.J : Le plus gros inconvénient c'est donc la disponibilité permanente ?
- Dr : En effet, quand on n'est pas fatigué c'est facile ; mais quand on le devient, c'est beaucoup plus difficile.
- R.J : Est-ce compatible avec une vie de famille ?
- Dr : Il faut beaucoup d'abnégation de la part de la famille, de la femme et des enfants. Le médecin y trouve moins de désagréments dans la mesure où il trouve beaucoup de plaisir ou de compensation à faire son métier, mais il ne peut pas non plus sacrifier sa famille. C'est là où l'équilibre est le plus dur à obtenir.
C'est peut être pour ça qu'il y a tant de spécialistes : la vie de famille fait des spécialistes.
A moins d'avoir des idées identiques, de travailler ensemble, mais c'est peut être plus fréquent à la campagne, la femme aidant son mari dans l'organisation du travail du médecin.
- R.J : Les remplacements sont-ils importants pour se former ?
- Dr : Oui, je pense que c'est fondamental. Un médecin ne devrait pas avoir le droit de s'installer tant qu'il n'a pas remplacé plusieurs médecins : au moins six mois pleins.
Ils permettent de se poser les vraies questions, d'appliquer ce que l'on a appris à la Faculté.

- R.J : Y a-t'il d'autres inconvénients ?

- Dr : Le problème de recyclage est très difficile faute de temps et d'envie de quitter sa famille le soir, dans la journée lire une revue entre deux clients ce n'est pas très agréable. J'ai résolu le problème en allant à l'hôpital tous les matins. Cela m'oblige à aller à des conférences et à des réunions.

Un Médecin de Famille ne peut pas rester un bon médecin s'il ne se recycle pas, en dix ans toutes les connaissances sont pratiquement remises en cause.

Si un jour le gouvernement veut fonctionnariser la médecine, il faudra maintenir un tiers du temps des médecins pour le recyclage, c'est un minimum.

- R.J : La mentalité des gens actuellement est-elle un obstacle à exercer cette profession ?

- Dr : De plus en plus la mentalité des jeunes étudiants s'oppose. Dans la mesure où le temps laissé aux loisirs n'est pas assez important, même s'ils se laissent séduire par ce métier il ne tiennent pas le coup comme Médecin généraliste.

- R.J : Quant à la mentalité des clients ?

- Dr : Je ne me permets pas de les juger, je les prends comme ils sont sans vouloir faire partie des médecins qui veulent dresser leur clientèle, les gens sont malades quand ils le sont, une clientèle ne se dresse pas. Je suis intransigeant seulement pour les arrêts de travail, je n'en donne pas d'immérités. C'est un problème d'opinion personnelle : les gens choisissent un travail ils le font, s'ils sont malades ils s'arrêtent, dans le cas contraire ils ne s'arrêtent pas. Les malades sont parfois pénibles il faut bien le reconnaître, mais souvent ils ont le coeur sur la main, et la majorité d'entre eux est agréable et gentille surtout vis à vis de leur médecin.

- R.J : Quels sont vos rapports avec les organismes sociaux ?

- Dr : Pas mauvais ; la Sécurité Sociale est la chose fondamentale

de notre système en France. Remarquable pour les assurés sociaux, dans la mesure où cela peut durer ainsi, les français bien raleurs ne le reconnaissent souvent pas assez. Les rapports avec les médecins conseil sont bons ; ils me posent des questions auxquelles je réponds, il y a un peu de paperasserie mais enfin...

- R.J : Vous êtes conventionné, et pensez vous que le "C" de la consultation est suffisant ?
- Dr : C'est sûr que ça ne l'est pas. Le problème est de savoir si on accepte la Sécurité Sociale telle qu'elle est, avec les avantages qu'elle donne aux malades et les problèmes posés dans les rapports médecin-malade. Le médecin bien souvent n'a pas le temps qu'il voudrait passer avec ses malades. Il doit ou refuser ce système : on majore le prix de la consultation, on passe plus de temps avec les malades, mais toute une frange de la population sera alors mal soignée car elle n'en a pas les moyens. Etre conventionné c'est accepter un système qui est meilleur du point de vue financier pour que tout le monde se soigne. Il faudrait cependant que la Sécurité Sociale ne soit pas identique pour tout le monde, des gens pourraient ne pas bénéficier des remboursements intégraux de leur consultation, afin que d'autres sans moyen puissent être soignés comme tout le monde.
- R.J : Quelles qualités ou dispositions sont nécessaires pour exercer cette profession ?
- Dr : La principale qualité c'est la santé, c'est un métier éprouvant, fatigant, sur les plans physiques, nerveux. En plus on n'a pas le droit de s'absenter. Il faut travailler de nombreuses heures, cinq ou six heures par jour ne feraient pas de vous un bon généraliste, vous priveriez de vos consultations un certain nombre de malades qui en auraient besoin. Enfin des qualités de bon sens, les gens comptent sur vous, il faut être logique, connaître son métier, en l'ayant appris. Le métier d'étudiant est un métier sérieux qui conditionne le futur exercice professionnel.

- R.J : Vous recommenceriez ?

- Dr : J'ai choisi ce que je voulais faire, à part mon installation à la campagne refusée par ma femme. J'ai la chance d'aller à l'hôpital et toujours plus ou moins j'ai voulu être généraliste. Je suis devenu généraliste, les circonstances aussi l'ont décidé, mais j'avais commencé un diplôme de spécialité. C'est un choix, c'est encourageant de pouvoir faire le choix de son métier.

- R.J : Voyez-vous d'autres points qu'on aurait pu aborder ?

- Dr : J'insiste beaucoup sur la question qui nous est si souvent posée : le généraliste est-il bien formé à l'hôpital ? et à la Faculté ?

Il n'est pas nécessaire de former un médecin généraliste. Dès qu'il a décidé de faire ce métier, il doit se préparer lui même dans ce sens là. Il n'est pas question pour un étudiant de dire à la fin de sa scolarité : "Je vais faire médecine générale," il faut être motivé, prévoir ses études dans ce sens, aller dans les services qui vous forment à la Médecine générale. Il est inutile de passer six mois dans un service de dermatologie à faire trembler les professeurs par ses connaissances. Il vaut mieux choisir l'hospice, la pédiatrie... même si ce n'est pas intéressant à priori. L'étudiant doit aussi apprendre à apprendre et très vite, ne plus dépendre de ce qu'on lui apprend et avoir un recul par rapport à l'enseignement des patrons plus centrés sur des problèmes complexes à résoudre : par exemple qu'une fièvre au long cours fait penser à la fièvre de Malte, or c'est rare dans les faits, mais par contre l'infection dentaire est souvent en cause, c'est très courant et on ne l'apprend pas.

ENTRETIEN N°18

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vos malades vous considèrent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Je crois que oui, on peut encore en 1976 être Médecin de Famille, bien qu'il n'y ait plus de famille.

Le medecin il y a trente ou quarante ans soignait tout le monde : grands parents, parents et enfants ; trois générations ce n'était ni compliqué ni énorme.

Mais à présent dans les HLM, les superficies sont relativement réduites et rentrer dans de tels appartements la famille, commence à avoir des problèmes !

Dans la banlieue de Lyon la notion de famille s'est un peu modifiée, ne serait-ce que par la taille réduite des logements. Maintenant on arrive à être Médecin de Famille, mais on soigne seulement les parents et les enfants. Il faut aussi savoir qu'ici il y a des familles où le mari a son médecin, la femme le sien, et souvent un pédiatre pour les enfants.

On peut très bien être Médecin de Famille dans la mesure où on fait autre chose : quand il y est vraiment intégré, c'est à dire y vit le temps du travail, et celui des loisirs, et prend des responsabilités locales, le médecin est vraiment celui du pays. Il n'y a pas de doute exercer dans un endroit et habiter à quelques kilomètres cela fait déjà une petite différence. Je crois que le Médecin de Famille existe toujours et même en groupe, puisque nos clientèles sont bien personnelles et particulières. Les gens ne viennent pas voir un médecin, ils viennent voir le Docteur Untel, chaque médecin a ses visites, ses consultations, ses rendez-vous etc...

Il faut attendre plusieurs années et faire ses preuves : à partir du moment où la famille se rend compte que le médecin a soigné la rougeole du gosse, la colique néphrétique du père, et l'eczéma de la mère, elle vous intègre à sa vie de famille et vous demandera des conseils qui ne seront pas strictement médicaux. On arrive ainsi tout doucement à être un Médecin de

Famille. Je crois que plus on le devient, plus on vous demande de conseils et de renseignements d'ordre non médical.

- R.J : Vous donnez des conseils même très en dehors de la médecine ?

- Dr : Je ne donne que ce que je peux donner.

Ce que je ne sais pas je ne vais pas l'inventer pour leur faire plaisir !

Je leur donne que ce : qu'ils me demandent, la demande cachée je n'y crois pas, il ne faut pas interpréter les paroles des uns et des autres, je ne suis pas d'accord, on n'a pas le droit.

- R.J : Etes-vous le médecin de ceux qui ont du mal à vivre, des conflits d'existence ?

- Dr : Pas beaucoup. Je suis bien leur médecin pour cette histoire là mais plutôt leur "anti-médecin". Je ne crois pas que l'on puisse y apporter une solution, le problème est au dessus de nous.

J'ai rendu service à certaines familles, sur le plan humain et médical bien entendu, en leur apprenant à gérer leur budget lors de la mensualisation.

La psycho-somatique existe, il ne faut pas la délaissier, mais ce n'est pas le fondement de la clientèle de base. Et puis personnellement je suis un peu anti-tout cela.

Le lendemain d'un décès qui m'avait éprouvé des gens sont venus se plaindre à mon cabinet (problèmes de l'existence etc...) je leur ai dit : "vous n'êtes pas contents de vivre ? vous pourriez être morts, malades, amputés d'une jambe ^{avoir} ou un tas de trucs ?"

Il faut arrêter cette morosité, ce dégoût !

Tous les matins quand je me réveille, je remercie le Seigneur de vivre. C'est une merveille de vivre !

- R.J : Pensez-vous que la morosité est un luxe, un snobisme ?

- Dr : Ce n'est ni un luxe ni un snobisme, c'est un peu le côté mouton de Panurge, une mode. Dans notre milieu ouvrier, il y a des familles en difficultés mais dans l'ensemble il ne faut

pas exagérer. Il y a beaucoup de départs en colonie de vacances, mais quand on songe que des enfants vont aller passer "un mois " à la mer, à la campagne ou à la montagne pour trois cent francs par mois, moi jamais je n'ai connu ça. Je réagis en disant aux gens : "vous rendez-vous compte de ce que vous dites, le malheur des uns fait le bonheur des autres ?"

Il faut leur montrer que l'on s'en sort quand on veut s'en sortir.

- R.J : Comment recevez vous les "fonctionnels" ?

- Dr : Quand je me suis installé, j'en avais beaucoup ; maintenant moins, il se fait un tri.

Dans la clientèle, dans le pays même, la réputation du médecin est établie ; il est bon pour ci pour ça.

Il y a certains fonctionnels que j'accueille bien, avec qui ça accroche bien et cela se passe bien.

Mais le fonctionnel qui dure, que je n'arrive pas à sortir de son cercle, ne revient plus me voir, peut être parce que l'accueil sans être froid, n'est pas coopératif, peut être viendra-t'il pour autre chose ?

Si le médecin a un certain équilibre et une image de marque, cela passe mieux. La clientèle se projette sur nous, et nous en faisons autant sur elle.

Je serais tenté de leur montrer qu'il y a toujours un bon côté des choses.

Autant je suis prêt à donner le maximum de ce que les gens appellent mon "bon coeur", autant celui qui n'a rien d'organique c'est une fin de non recevoir.

- R.J : Comment avez-vous été formé pour être Médecin de Famille, et en particulier pour ces questions non médicales ?

- Dr : Il faut d'abord de l'inconscience sinon on est mauvais médecin de médecine générale, on propose trop de choses.

Pour être bon médecin de famille, il faut plusieurs choses : sur le plan médical strict, la modestie, on ne diagnostique que ce que l'on sait, c'est une vérité mais si on l'a à la mémoire, on ne fait pas de bêtises.

Quand on ne sait plus, il faut immédiatement l'honnêteté de passer la main. Pour y arriver il faut faire de bonnes études et multiplier le contact avec les malades, d'abord uniquement sur le plan maladie parce qu'après, ça s'apprend. Faire l'internat de Macon, de Villefrance etc...

où on verra des choses courantes, c'est mieux que de connaître parfaitement le "signe de machin" ou la "maladie de truc" qu'on ne verra pas beaucoup.

Il faut savoir que les services de médecine interne sont remplis de ces cas exceptionnels.

(la première rougeole que j'ai vue, c'est en clientèle lors d'un remplacement).

Il faut chercher à faire le plus de remplacements possibles, pendant six à douze mois, ce n'est pas du temps perdu.

Donc une bonne formation de base, un choix des stages mêmes limités : il faut savoir s'installer en médecine générale en ayant des lacunes complètes.

Pour ce qui est des relations humaines, cela s'apprend pendant les études, mais pas du tout à la Faculté.

- R.J : Faut-il penser à la médecine générale dès le départ ?
- Dr : Oui ! c'est un choix précoce, et je suis désolé de le dire mais c'est une vocation.
- R.J : Les relations extra-médicales, c'est une question de bon sens et de contact ?
- Dr : Oui, le bon Médecin de Famille a une formation médicale importante et surtout une qualité de contact qui est exceptionnelle et cela est un don, il faut l'avoir.
- R.J : La modestie, le contact humain, quelles sont les autres dispositions ?
- Dr : La disponibilité ; travailler à mort mais en compensation savoir s'arrêter. On n'est pas corvéable à merci. Cette disponibilité, le groupe permet de l'assurer.
- R.J : A part cette présence permanente, y-a-t'il d'autres obstacles

à cette profession ?

- Dr : Mais non ! il n'y a pas d'obstacle ! "la vie est belle"
Tout est améliorable : la connerie des gens et celle des
médecins.

- R.J : Pourquoi les jeunes choisissent-ils moins cette profession ?
- Dr : Parce que leur femme ne voulait plus, il n'y a plus de
femme de médecin généraliste, c'est trop dur, mais possible.
La vie de famille ce n'est pas être chez soi à dix huit heures,
je crois que c'est lui donner un exemple, une présence et
d'être heureux sur le plan professionnel. Si j'étais fonction-
naire ou obligé par la maladie de rester à un poste quelconque
je serais malheureux de rentrer chez moi à dix huit heures !
Il faut savoir accepter cet "esclavage", mais dans des limites
très précises. Quand c'est fini c'est fini !

- R.J : Etes-vous conventionné, et pensez vous que l'acte médical
est bien estimé ?
- Dr : Je suis conventionné. On n'est pas assez payé, c'est évident
mais les honoraires je n'y crois pas beaucoup.
C'est un faux problème, sans valeur et ne correspondant à
rien. Trente francs sur une varicelle ce n'est rien du tout,
trente francs pour un avortement c'est considérable.
Il est certain que l'acte de consultation est mal payé.
Par contre l'acte technique est bien payé.
Si on n'est pas content on fait autre chose, c'est un faux
problème.
Actuellement pourtant on mange de l'argent, dans le groupe
on a de grosses charges.

- R.J : Est-ce que vous recommenceriez et en groupe ?
- Dr : Oui bien sûr ! certainement en groupe, plus que jamais !

ENTRETIEN N°19

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : Qui est le Médecin de Famille ?
 - Dr : C'est d'abord un Médiateur, un arbitre, ensuite un médecin ayant une part des responsabilités dans la collectivité. Deux qualités le caractérisent : la compétence et le sens de l'humain.
 - il connaît son métier de moins en moins, en quatre ans il est "largué", d'où la nécessité de se former en permanence en gardant un contact étroit avec la Faculté et les autres médecins; L'E.P.U. n'est pas encore très au point, c'est plus une manière de se détendre. Par contre et c'est nouveau, accepter le dialogue avec un étudiant de fin d'étude est sans doute la meilleure solution. L'un apporte sa maturité et son expérience, l'autre sa science théorique toute neuve.
 - pour l'aspect humain, il faut avouer que l'hôpital n'est pas un exemple. Cela ne tient pas à la personnalité des hospitaliers ou du personnel, mais aux problèmes économiques. Il y a une telle marée humaine, une véritable cour des miracles à chaque consultation, que les gens ne peuvent pas exprimer leurs problèmes personnels. Ce colloque et l'institution du dialogue reviennent au Médecin de Famille.
- Le malade dans une insécurité permanente à cause de sa maladie, a besoin d'être écouté.

- R.J : Le Médecin de Famille est-il préparé à ce rôle ?
- Dr : Il peut être aidé par l'expérience des autres, grâce à une formation de psychologie médicale, car manier des névrosés est dur, difficile. En fait c'est surtout spontané, inné que veulent les 60% de fonctionnels qui composent la clientèle d'un médecin. Etre écoutés : le médecin par son écoute actuelle doit redonner confiance au malade dans la mesure où lui-même n'a pas de problèmes semblables.

- R.J : Les malades passent par la médecine, alors qu'ils auraient aussi bien pu passer par la religion ou autre ?
- Dr : Nous ne jouons pas le rôle d'un curé, et ne donnons pas le pardon. Le médecin agit par sa thérapeutique, et n'est pas tout puissant, pour rétablir l'égalité il doit être honoré directement par le patient.

- R.J : Le Médecin de Famille doit-il choisir tôt son métier ?
- Dr : Oui, j'y ai moi même pensé dès mon bac. Je suis aussi passé par toutes les disciplines médicales, y compris la chirurgie capitale en milieu rural. L'internat n'est pas indispensable. J'ai aussi un diplôme de gynécologie, et 40% de ma clientèle consulte pour ce domaine, le reste pour la médecine générale. Je suis des gens depuis leur naissance. Il n'y a pas assez de médecins, malheureusement plus il y en aura, plus il y aura des malades, la disponibilité et la confiance attirent les malades. J'ai fait ce diplôme pour lutter contre l'inflation de la clientèle, et souhaite que beaucoup de généralistes fassent des C.E.S. Actuellement il n'y a pas de Médecin de Famille, la plupart font entre trente et quarante clients par jour ! Il se produit un mouvement de machine et ^{la} relation médecin-malade s'effrite, le temps d'examen est trop court, et il est difficile d'éprouver pour chacun ^{un} réel intérêt. Par devoir les Médecins de Famille doivent un jour réduire leur activité.

- R.J : Est-il possible d'être Médecin de Famille et d'avoir sa propre vie de famille ?
- Dr : C'est très dur mais indispensable, le médecin doit prendre des vacances peut être plus souvent mais moins longtemps pour recharger ses accus. Je travaille quatorze heures par jour en commençant très tôt. Mes malades y sont habitués, ils ont des droits mais aussi des devoirs vis à vis de leur médecin. Le médecin doit être discipliné et apprendre ce qu'est une véritable urgence. Dans quelques temps je vais encore réduire mon activité, car je vois très peu mes enfants. Avec le temps, on a une vie de famille, mais par des accords successifs. Au début j'ai dû donner un coup de collier pour mon installation, puis j'ai pensé qu'il

était essentiel d'assurer ma vie de famille.

- R.J : Quel est le rôle médical du Medecin de Famille ?
- Dr : D'abord faire un diagnostic très précis toujours en relation avec l'hôpital et les services techniques, instituer une thérapeutique, et surtout être préventif : les vaccinations, l'hygiène, la contraception, l'utilisation des loisirs chez les jeunes, sont des aspects de l'éducation sanitaire. Il nous faut réfléchir avec le malade et l'aider à devenir adulte.
- R.J : Quelles sont les dispositions ou qualités nécessaires à cet exercice ?
- Dr : D'abord la compétence puis la patience, la disponibilité et l'amour de son malade. La médecine de groupe a pour cela du succès , si le malade sait où trouver son médecin, il se sent sécurisé. J'ai tenté il y a quelques années d'exercer en groupe mais ce fut un echec. Tout n'est pas parfait dans le groupe, il y a une rivalité entre médecins et c'est difficile d'entretenir des rapports de bon voisinage, trop souvent l'argent les mène et cette médecine doit être revalorisée par le médecin et le malade, mais aussi par les pouvoirs publics et les patrons.
- R.J : N'êtes vous pas effrayé par le nombre de médecins qui arrive ?
- Dr : Pas du tout, tout le monde gagnera sa vie, peut être moins bien mais on sera plus heureux avec moins d'heures de travail. Il n' a pas plus de médecins malheureux, qu'autrefois, sauf ceux qui ne sont pas faits pour l'être.
- R.J : Etes-vous conventionné ?
- Dr : J'ai abandonné l'idée d'un dégagement de la convention, car elle est une nécessité dans la société actuelle, et tout le monde, riches et pauvres, a le droit d'être soigné. Mais il y aura des questions à revoir à ce propos.

ENTRETIEN N°20

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Je cherche à connaître le Médecin de Famille, cette appellation peu officielle est employée dans le public.
- Dr : Et de plus en plus par les Médecins eux mêmes avec un nouveau contenu. Le Médecin de Famille traditionnel du siècle dernier était l'homme du premier et du dernier recours, il était sensé posséder la science médicale ; l'hôpital avait surtout un rôle social plus que scientifique. Le Médecin de Famille était aussi celui qui voyait de génération en génération les membres d'une même famille, il connaissait bien l'environnement, l'hérédité, les conditions de vie et de travail etc...

Autrefois le personnage central de l'organisation sanitaire, maintenant c'est un nouveau Médecin de Famille !

- R.J : Dont vous êtes ?
- Dr : Dont nous sommes ! Nous soignons trois peut être quatre générations de familles fidèles dans leurs relations où persiste une chaleur essentielle. Mais les sciences ont évolué les moyens techniques se sont modernisés, c'est une véritable révolution pour pouvoir répondre à l'objectif actuel du Médecin de Famille qui nécessite de nouvelles conditions :
 - 1°) Posséder des moyens suffisants et faire profiter la clientèle des progrès techniques, radiologie, d'electrocardiographie etc...
 - 2°) Avoir les moyens d'augmenter ses connaissances, et travailler avec des professionnels de santé d'autres disciplines telles que : des kinésithérapeutes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, des orthophonistes, cela nous permet d'aller plus loin dans la prise en charge des malades à domicile, et de rétablir le malade dans sa globalité.

On assiste actuellement à un émiettement du malade en une

véritable mosaïque.

Nous essayons de rétablir un fil conducteur, une synthèse. C'est un travail d'équipe qui permet véritablement, compte tenu de l'évolution, d'assister et d'assurer un service autrefois rendu par le seul Médecin de Famille.

C'est la signification profonde de la médecine de groupe. Il faut même aller plus loin ; une unité de soins de base de Médecine de Famille devrait incorporer certaines techniques plussophistiquées, des spécialités, d'ailleurs seules les structures juridiques nous empêchent de rendre un service aussi global.

Faire de la prévention individuelle une éducation sanitaire et sociale, implique la connaissance de la cellule de base : la famille dans son environnement. Le médecin ne peut assurer seul cette prévention, une équipe doit s'en charger. Quand les malades vont voir le médecin, ou l'appellent, c'est une démarche qui va du patient au médecin.

La démarche préventive est inverse ; elle va au devant des individus, au devant d'une population, là n'est pas la vocation du médecin. Celui-ci n'a pas à enquêter au niveau d'une population pour déterminer ses risques. C'est le rôle des travailleurs sociaux, en coordination permanente avec l'équipe médicale et du fichier.

On ne peut actuellement concevoir l'acte médical comme purement technique. L'objectif est de guérir ou d'aider à conserver la santé, et le médecin n'est plus seul dans cette voie. Il faudrait rétablir le Médecin de Famille, mais sans le concevoir avec des trémolos dans la voix, chantant les louanges du magnifique dévouement d'un Médecin de Famille qui jour et nuit arpentait la campagne en voiture à cheval, assurant les soins, guérissant le croup en ouvrant les gorges sur la table de la cuisine.

Ce sont les clichés d'une époque résolue, et maintenant il faut à présent concevoir un nouveau Médecin de Famille.

- R.J : Quel est le rôle technique du Médecin de Famille ?
- Dr : Il est très important. Le Médecin de Famille n'est pas seulement un homme de la relation humaine ou un trieur, il doit

faire beaucoup plus que cela.

Afin d'éviter la création d'offices de santé et la dépersonnalisation des malades hospitalisés, une solution consiste à multiplier sur le terrain les unités de soins de bases.

Le malade est reçu dans un climat chaleureux, par un Médecin qui le connaît, et où une équipe et des moyens techniques permettent de le garder dans son environnement naturel affectif.

- R.J : Quelle est sa meilleure formation ?

- Dr : Une formation à la fois technique et en sciences humaines, comme l'analyse psychologique.

Le malade emploie un langage qu'il faut savoir interpréter, il faut savoir chercher le conflit psychologique ou familial qu'il a déclenché, les symptômes exprimés, afin d'éviter des quantités d'examens inutiles ; cela nécessite une longue conversation. Les malades ont souvent perdu le sens du dialogue avec leur entourage, ce problème doit être résolu avant d'entreprendre une exploration complémentaire.

Economique pour la société, cette médecine ne l'est pas pour le médecin, car elle prend beaucoup de temps, mais c'est la plus efficace et il va falloir la mettre en avant.

Ceci est passionnant, mais nécessite une formation très complète.

- R.J : Est ce que l'on doit savoir ce que l'on veut faire quand on commence ses études ?

- Dr : Oui, à mon avis autour de la quatrième année il faut se déterminer et s'orienter. Les stages hospitaliers devraient commencer dès la première année, car la connaissance du malade est également très importante.

Le stage chez le praticien permet aussi de vivre les difficultés, les doutes, la complexité de l'exercice d'un Médecin de Famille : il est essentiel pendant six mois minimum de participer à la vie réelle d'un médecin sur le terrain.

- R.J : Pensez-vous que les concours soient indispensables pour former un Médecin de Famille ?

- Dr : Il faut avoir la meilleure formation possible ; Ancien externe des hôpitaux de Lyon, j'ai fait partie de l'équipe médicale de garde de l'Hotel Dieu pendant plusieurs années, cela m'a permis d'acquérir une technique que je n'aurai pas pu avoir sans cela.
Un réseau de Médecins de Famille d'un haut niveau doit exister afin de transmettre ces compétences à ceux qui n'ont pas eu la chance de faire des études poussées.
Il me paraît très grave d'éliminer comme le projette la commission Fougère, la filière de l'internat pour les futurs généralistes.
Nous devons aussi faire l'effort permanent de mettre à jour nos connaissances quels que soient les moyens, c'est un devoir essentiel du Médecin de Famille.
La thérapeutique vous est apprise par des spécialistes, mais appliquée sur le terrain elle est très différente.

- R.J : Le Médecin de Famille a-t'il un rôle psychologique ?
- Dr : Nous n'apportons pas qu'un service purement technique, nous essayons de rendre adulte, majeur, et responsable de ses propres problèmes, l'être que nous avons en face de nous.

- R.J : Est-ce bien notre travail ?
- Dr : C'est le boulot du Médecin de Famille, aider son malade avec l'aide souvent d'une thérapeutique expliquée, peut être un tranquilisant, afin d'obtenir une détente d'esprit suffisante pour aborder ses problèmes et prendre ses décisions.
C'est assez théorique, mais quand même une façon d'aborder le malade, de dialoguer avec lui.

- R.J : On remplace le curé ?
- Dr : Bien sûr ! avant les gens allaient se confier au curé, maintenant on n'y va plus car on a trop peur de paraître idiot, aussi on va voir son médecin.

- R.J : Est-il formé à ce rôle ?
- Dr : Non, il se forme sur le tas, mais maintenant je crois très important que les praticiens participent à un enseignement.

- R.J : Quels sont les principaux obstacles à l'exercice du Médecin de Famille ?
- Dr : Il y a un obstacle d'argent, parce que les investissements sont lourds, il n'y a aucune aide de l'Etat, et comme dans une maison comme la nôtre où quinze personnes travaillent, le prix d'un acte est le même que si j'étais tout seul chez moi avec ma femme pour répondre à la porte et au téléphone. Je n'ai pas le même coût de production, et une maison comme celle-ci coute très cher.
- R.J : Etes vous conventionné ?
- Dr : Bien sûr ! Mais la convention ne tient aucun compte ni de la qualité ni des moyens avec lesquels les actes sont accomplis. Il n'y a aucun encouragement à faire de la médecine lente, de qualité, et tout est fait pour favoriser les actes techniques.
Avec vingt cinq malades par jour, nous réduisons nos honoraires à un niveau qui n'est pas compatible avec une vie normale.
 On est en train d'étrangler la Médecine de Famille.
- R.J : Etes vous optimiste ? Pensez-vous que cela va s'arranger ?
- Dr : Je suis optimiste, il y aura suffisamment de troubles pour faire pression sur les pouvoirs publics, et renverser la vapeur.
- R.J : La vie de famille est-elle possible pour un Médecin de Famille ?
- Dr : Avec une équipe comme la notre, bien sûr ! car notre vie est très organisée. Nous travaillons avec des horaires adaptés à nos tempéraments : l'heure d'arrivée, le temps de pause pour le déjeuner...
- R.J : Comme dans les autres professions ?
- Dr : Oui, mais avec cinquante à cinquante cinq heures de travail par semaine.
 Ici on a la satisfaction d'une excellente qualité de vie.

- R.J : Le groupe serait-il l'avenir ?
- Dr : Oui je crois ! mais cela va plus loin ce sont des équipes de santé, sanitaires et sociales.

- R.J : Quelles sont les dispositions et qualités nécessaires au Médecin de Famille ?
- Dr : De ne pas se limiter à prendre pour des notables, des savants entourés d'ignorants.
Le médecin doit revendiquer très hautement son niveau de responsabilité technique.
La médecine n'est plus uniquement l'affaire des médecins, Puis qu'il partage la notion de service, où chacun garde la pleine responsabilité de ses actes, mais avec une solidarité en acceptant la vie en équipe.

ENTRETIEN N°21

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : ... Je vais voir les médecins pour leur demander s'ils se reconnaissent et si leurs malades les reconnaissent comme Médecin de Famille ?
- Dr : Oui, pour les 1/3 des malades seulement extrêmement fidèles qui passent toujours par vous, quelle que soit la décision médicale à prendre, un autre 1/3 est fidèle de manière épisodique, et vient pour un service précis sans demander d'assurer la suite des soins, et 1/3 qui vient pour une fois et que l'on ne revoit plus.
On est en fait le Médecin de Famille dans la conception ancienne, pour 1/3 des malades seulement. C'est un problème de confiance.
J'ai ainsi beaucoup de malades qui viennent me voir parcequ'ils travaillent dans le centre, mais qui appellent leur Médecin de Famille, comme il disent, pour une grippe ou angine quand ils sont en banlieue.
- R.J : Pouvez-vous me donner une définition du Médecin de Famille ?
- Dr : C'est le médecin qui assure la santé d'une famille dans les moindres détails, aussi bien pour le petit rhume, pour le problème psychologique plus poussé, pour la décision à prendre face à la consultation d'un spécialiste ou une hospitalisation. Même si on n'est pas capable de tout assurer, c'est quand même lui qui dirige, qui est le chef d'orchestre.
C'est lui auquel se réfère le malade en cas de difficultés quelles qu'elles soient.
- R.J : Quel est son rôle sur le plan médical strict ?
- Dr : La pathologie que l'on voit en médecine générale est très variée, cela dépend un peu du recrutement des malades. J'ai un recrutement très psychiatrique peut être est-ce que je

psychiatrise les malades, n'étant pas conventionné, je pousse les choses à fond. Voici : J'ai vu l'autre jour une dame pour des hémorroïdes, au bout d'une heure et demi, ça c'est terminé par une proposition d'analyse, le problème étant largement dépassé, finalement l'analyse n'a pas eu lieu, le fait de parler pendant une heure l'a bien dégonflée, elle est revenue après, beaucoup mieux, mais le problème d'hémorroïdes a été soigné avec une petite pommade et est passé au second plan. Les malades consultent pour des choses extrêmement bénignes le plus souvent, dont il faut quand même se méfier.

La Médecine générale c'est la douleur, la température et l'angoisse !

L'angoisse peut être de tout genre, à notre époque c'est un motif de consultation avoué ou non extrêmement fréquent.

- R.J : Pensez-vous avoir été formé de ce côté ?
- Dr : Pas du tout. J'ai appris l'essentiel de mon métier en le pratiquant et surtout grâce à mes correspondants spécialistes. Je les ai choisis comme étant humains et agréables, et je leur envoyais de longues lettres en n'ayant pas peur de brûler mes vaisseaux, c'est à dire si j'avais fait un faux diagnostic ou un examen erroné, je les disais tels que je les avais faits et ils me répondaient à l'inverse de grandes lettres très explicatives. On peut toujours demander des conseils à quelqu'un, chercher dans un livre, et au fur et à mesure d'une pratique médicale on s'aperçoit que l'on envoie de moins en moins aux spécialistes, et qu'on est de plus en plus capable de soigner les choses soi-même. La gynécologie est très mal apprise pendant les études de médecine et que pour ma part j'ignorais totalement, j'ai fait mon premier toucher vaginal en clientèle. Les choses simples ce sont toujours les malades qui vous les apprennent. A l'hôpital surtout dans de très bons services de médecine, j'ai appris comme stagiaire interne à Bourg de très bons réflexes, et un esprit systématique d'examen du malade, et de bon sens ; il y avait de vieux patrons qui y enseignaient comme autrefois, et qui n'avaient pas toujours l'examen spécialisé sous la plume à demander. On ne peut pas

apprendre du malade et de la pratique si on n'a pas un fond. Le système ancien qui voulait que l'étudiant ne mette pas les pieds au cours et passe sa vie dans les hôpitaux, était certainement meilleure pour la formation. On y allait très tôt, on apprend à tous les stades, à tous les niveaux et dans tous les services. Les enseignements sont très bons à Lyon, plus par les patrons que par les assistants, qui sont un peu trop techniques, et sans le temps de s'occuper et de s'intéresser à l'étudiant chose paradoxale on apprend ainsi à raisonner, à examiner, une pathologie sur le vif qui vous reste beaucoup plus que des cours. C'est plus le souvenir de ce que j'ai vu à l'hôpital qui m'a formée ..

- R.J : Avez-vous fait des remplacements de médecins ?

- Dr : En commençant avant de me lancer, j'y ai été frappée de voir les motifs de consultation, et par la discordance entre la plainte du malade et notre formation.

Le malade formule des plaintes qui n'ont pas de correspondant dans la pathologie apprise à la Faculté, c'est donc à nous d'essayer ^{de voir} ce qu'il y a d'organique ou de seulement fonctionnel, et d'essayer d'aider les malades sans demander trop d'examens spécialisés.

- R.J : Ces remplacements sont-ils nécessaires pour la formation ?

- Dr : Peut être pas pour la formation, mais pour se juger soi même voir ses points faibles, pour éviter l'angoisse de se retrouver sans formation préalable, seul en face de son malade pour la première fois.

Le remplaçant n'est jamais que remplaçant, s'il y a une grosse responsabilité à prendre il demande au malade de revenir voir le vrai médecin, ce n'est pas aussi sa clientèle, il est moins motivé.

- R.J : Les malades n'ont jamais de plainte forcément médicale ?

Avez-vous un rôle au dehors de la pathologie courante ?

- Dr : Oui, bien sûr, un rôle énorme. Le malade vient pour mille raisons, il choisit toujours la plainte touchant son corps,

parce qu'il ne sait pas comment aborder son médecin, et sous cette plainte il y a souvent bien autre chose, mais à l'inverse il ne faut pas méconnaître une plainte réelle, et psychiatriser le malade, c'est extrêmement difficile finalement, il faut toujours garder à l'esprit les deux polarités psychiques et organiques.

Nous n'avons pas été formés à ce rôle... J'ai commencé à apprendre mon métier en le pratiquant c'est à dire en ajustant mes connaissances au malade que je voyais.

- R.J : Pensez-vous qu'il n'y a que ce moyen de formation ?

- Dr : Il serait souhaitable qu'il y en ait une autre pour éviter ces deux ans d'angoisse. Les premiers temps on a toujours l'impression qu'on a laissé passer quelque chose, un malade qui ne va pas vous angoisse, et c'est très mauvais de travailler dans ces conditions.

- R.J : Quel est le problème des malades qui vous consultent avec de l'angoisse ?

- Dr : C'est un problème d'adaptation à la vie courante actuelle. On aimerait pouvoir dire aux gens : mangez moins mal, dormez plus, marchez dans la nature, tachez de vous reposer le samedi et le dimanche, ne vous crevez pas à payer vos traites, trouvez un travail pas loin de votre logis, ayez des enfants et élevez les vous-mêmes. Dans la vie actuelle en dehors de tous les grands mots à la mode, il est réel que les malades ne sont pas formés à vivre cette vie, indirectement on est très souvent obligé de les aider à vivre leur vie de tous les jours ; J'estime que c'est mon rôle ! Ce malade croit aussi être malade, il faut dire le rôle néfaste de la télévision et de la grande presse concernant les maladies : "on entend dire tellement de choses que j'ai préféré savoir".

La plupart de nos consultations se bornent, quand on a éliminé les choses organiques, à essayer d'éduquer nos malades à manger moins mais mieux, à avoir une vie plus saine.

Un rôle d'écologiste qu'on ne peut pas apprendre à l'hôpital.

Entre autres les régimes en France sont mal connus, il faut voir comment les malades mangent dans les hôpitaux.

Déjà en mettant les malades à un régime équilibré, pas forcément restrictif, et en les faisant dormir, on améliore beaucoup leur état de santé. Je donne de moins en moins de remèdes, il y a beaucoup de choses qui se soignent naturellement. Ce qui permet, de ce fait, de mieux déceler s'il y a une chose organique sous jacente.

- R.J : Un médecin généraliste doit-il être un excellent clinicien ?

- Dr : Oui, il doit pouvoir être capable de faire un diagnostic même difficile. Il n'est pas un trieur, mais il faut lui laisser le temps. Je ne suis pas conventionnée chaque nouveau malade reste une heure chez moi, les autres consultations sont d'une demi-heure.

J'avais envie de faire une médecine intéressante.

J'ai du attendre pour commencer mes études. J'étais, avant, kinésithérapeute.

Je n'ai pas eu envie de faire une médecine plus rapide, conventionnée, voir mes malades en dix minutes. Il y a un problème d'horaires. Je veux bien prendre seulement trente francs pour une consultation d'une heure et demie, ça m'est égal, seulement à ce moment là je ne peux pas vivre.

La poule aux oeufs d'or, c'était autrefois, et c'est bien terminé à cause des frais qui ont augmenté...

- R.J : Comment vos malades apprécient-ils ce non conventionnement ?

- Dr : Ça crée une petite discrimination, certains remboursés à 100% me sont plus fidèles, pour les autres j'ai des gens paradoxalement pas très riches, mais venant chez moi pour la grande visite, pour le grand pépin, et qui me disent, et c'est vrai : "pour la grippe, l'angine, j'ai vu le médecin de notre quartier". Je vois aussi moins d'urgences, sauf en vacances. L'urgence à Lyon est bien assurée par SOS Médecins de nuit comme de jour, où en ce cas je suis seul à pouvoir l'appeler... Ces systèmes ont indiscutablement amélioré la vie quotidienne du médecin, le revers de la médaille est qu'une certaine pathologie nous échappe.

C'est difficile d'être médecin tel que l'on voudrait l'être,
c'est à dire vacant vingt quatre heures sur vingt quatre,
jour et nuit, détendu, sans problème d'argent, d'avenir.

On aimerait bien faire la médecine comme autrefois...

Je fais quelquefois des visites, c'est important pour voir les malades dans leur cadre, malheureusement je n'en ai guère le temps.

- R.J : Les médecins se plaignent de faire soixante heures par semaine ?

- Dr : C'est toujours vrai, et malgré l'organisation !

Avant, on était très souvent dérangé la nuit, maintenant le malade n'est plus gêné d'appeler SOS Médecins. Le lendemain vous recevez une lettre dont le malade a le double, c'est très bien fait, même si le malade ne vous le dit pas, on le sait, mais très souvent ils nous téléphonent le lendemain. Nous restons le lien.

- R.J : Quels sont vos contacts avec les spécialistes et comment sont-ils ?

- Dr : Ils ne sont pas bien fréquents, de moins en moins, certains spécialistes me gênent, un ulcère d'estomac ou un rhumatisme non dégénératif peut être soigné par un généraliste. De temps en temps, s'il le demande le malade va voir un spécialiste et revient content, on continue alors tous les deux. Il y a des spécialités indispensables : O.R.L., chirurgie, cardiologie, les gens ont déjà leur pédiatre, on ne voit plus leurs enfants que pour les visites !

- R.J : Comment sont vos rapports avec les organismes sociaux ? Hôpitaux, Assistantes sociales etc...

- Dr : Les assistantes sociales malheureusement on ne les connaît pas assez. Pour certains malades cela serait très utile, même chose pour les médecins de la Sécurité Sociale : on leur parle par téléphone, mais l'idéal serait de les voir et de faire leur connaissance.

Quant aux hôpitaux, c'est le grand blanc à part certains

hôpitaux, services ou patrons, la plupart du temps il est difficile d'avoir des relations ou un courrier, il faut parfois insister. On trie les services et on les envoie là où on est sûr d'avoir du courrier, c'est une sélection.

- R.J : Allez-vous dans les hôpitaux pour des conférences ?
- Dr : L'EPU fait en dehors des hôpitaux, est très bien fait. C'est indispensable et deux fois par an je me recycle avec les stages organisés à l'hôpital ; on se replonge ainsi dans le milieu hospitalier, cela permet de mieux connaître ses correspondants, d'être introduit à l'hôpital ce qui reste difficile pour un médecin généraliste. Il faut toujours essayer de soudoyer une cheftaine pour voir un dossier...
- R.J : Quelles dispositions ou qualités aimeriez-vous trouver chez un étudiant en fin ou début d'études pour exercer cette profession ?
- Dr : Une approche du malade toujours en éveil, toujours curieuse, parfaitement désintéressée, qui va au delà de ses propres problèmes. Aimer son métier et son malade. Une tolérance et une disponibilité parfaite. Il n'y a pas de malade aussi pénible soit-il qui ne le devienne moins à partir du moment où vous avez la patience et l'humilité nécessaires... Ils ont l'assurance d'avoir un médecin.
Il faut cesser aussi d'être homme ou femme pour être une fonction, on peut ainsi tout se permettre, ils vous prennent, ils vous quittent, à la limite ils se servent chez tel ou tel médecin.
Ca suppose une absence d'agressivité, de réactions personnelles, ce n'est pas vous que le malade cherche à blesser mais la fonction, ce que l'on représente. Le Médecin de Famille représente encore quelqu'un d'important, cela se poursuivra si le médecin à le temps de s'occuper de ses malades.
- R.J : Le fait d'être une femme généraliste influence-t'il votre exercice ?
- Dr : Je n'en sais rien. Je n'ai jamais eu l'impression pour mon métier d'être une femme.

- R.J : La vie de famille, personnelle est-elle compatible avec votre profession ?
- Dr : C'est très difficile, j'ignore comment font mes consœurs mariées et généralistes... Ce serait intéressant de leur demander comment elles s'organisent. Le métier est tellement prenant que ce n'est pas commode. Là le fait d'être une femme me gêne, il y a quand même un minimum de travaux à faire quand on rentre.
- R.J : Comment se fait il qu'il n'y ait pas plus de femmes médecins généralistes ?
- Dr : Je pense qu'elles ont peur de la fonction, de la charge que cela représente et du peu de liberté que cela laisse. Une femme célibataire est plus motivée à faire un métier passionnant, c'est les 3/4 de sa vie, une femme mariée, avec des enfants, cela ne peut être que la moitié ou le tiers.
La femme a pourtant sa place en médecine générale, si j'en crois les malades qui disent : "il n'y a qu'à une femme que l'on peut dire ça", même des hommes qui disent : "j'aurai peur qu'un médecin homme se fiche de moi". Et j'encouragerai les jeunes filles à faire ce métier.
On arrive à prendre des vacances, les malades vous le concèdent.
- R.J : Est-ce que vous recommenceriez ?
- Dr : Oui bien sûr, d'emblée, les obstacles que l'on rencontre tous le monde en a, installation, financement... Mais c'est un métier tellement riche d'expériences de sens humain, de connaissances de l'individu. C'est une manière absolument merveilleuse d'appréhender l'homme.
C'est un métier avec de grandes joies, ses grandeurs valent sa servitude, le résultat est positif.
Je suis parfois fatiguée, mais les joies compensent les peines.

ENTRETIEN N°22

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- R.J : Vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Je tiens d'abord à vous féliciter. Il est rare de voir un jeune étudiant faire abstraction des honneurs, chercher à comprendre ce que le médecin peut apporter aux autres, ce qu'est la profession, et non pas à ce qu'elle peut vous apporter ; La fonction avant la situation. Les jeunes qui pensent à leur situation envisagent de se spécialiser. La Sécurité Sociale a la bêtise de payer un spécialiste le double d'un médecin généraliste. Ne restent en médecine générale que les pauvres "çons" qui n'ont pas été capables de réussir les concours, donc par obligation et non par vocation. Il y a deux connaissances (et ce n'est pas unique à la médecine) : une connaissance verticale, c'est celle du spécialiste qui se fait sur un organe ou une partie d'organe, en profondeur mais forcément aveugle, puisqu'elle se fait dans un sens vertical ; et une connaissance horizontale qui permet d'essayer de tout voir d'une manière superficielle, mais nécessaire.
Le spécialiste devrait être au service du généraliste pour compléter sa connaissance horizontale dans les cas particuliers. Actuellement c'est l'inverse, le spécialiste dirige les opérations, c'est la charrue avant les boeufs, une hérésie !
Les jeunes médecins intoxiqués par la spécialisation ont tendance à renvoyer leur responsabilité sur le spécialiste. C'est une erreur et une cause de la disparition du Médecin généraliste.
Un malade vient voir le Médecin de Famille parce qu'il a été capable de sympathiser, de sentir avec lui, c'est important pour le malade. La technique est indispensable mais ce petit facteur humain permet au malade de l'accepter facilement et

donne, non une autorité au médecin, mais une espèce de confiance au malade. Il lui semble que le médecin est avec lui et pas à côté de lui, comme le sont les spécialistes techniciens purs.

Le Médecin praticien est dit de "Famille" parcequ'il participe avec ses malades.

- R.J : Est ce que c'est une relation particulière ?

- Dr : Très particulière, affective, dans certaines limites très difficiles à fixer.

- R.J : Quand le médecin a tendance à aller trop loin, est-ce que c'est mal accepté par le malade ?

- Dr : C'est très mal accepté par le malade, et terrible pour le médecin. On ne peut pas toujours participer pleinement, c'est parfois très dur.

- R.J : Envoyez-vous souvent vos malades chez un spécialiste ?

- Dr : S'il y a une anomalie que je ne peux expliquer, c'est mon devoir de demander l'avis technique du spécialiste, et non pas à lui de soigner mon malade.

- R.J : Quel est votre rôle médical ? Que soignez-vous ?

Est ce intéressant ?

- Dr : Je soigne tout : "omnipraticien, bon à rien, bon à tout !"

- R.J : Pourquoi ?

- Dr : Pourquoi je suis médecin généraliste ? Peut être parce que je n'ai pas été capable de passer les concours. Je tire mon chapeau à un étudiant admis à l'internat et se destinant à la médecine générale.

Il faut dire aux jeunes que s'ils remplissent bien leur fonction automatiquement ils gagneront beaucoup d'argent, et une belle situation. Par contre s'ils pensent à gagner de l'argent d'abord, ils écoeureront les malades. L'argent et la situation doivent être une récompense à la fonction et non un dû. C'est la notion des droits et celle du devoir.

- R.J : Pour la formation du Médecin de Famille, est-il nécessaire de passer par des concours ?
- Dr : Non je ne pense pas que ce soit nécessaire, mais il est excellent que les gens qui ont réussi aux concours deviennent des médecins généralistes, pour montrer qu'il n'y a pas de déshonneur à être généraliste. Actuellement le médecin qui est généraliste est un pauvre type déconsidéré.
- R.J : Est ce que vous estimez être déconsidéré ?
- Dr : C'est difficile à dire, je pense qu'en fonction de sa personnalité on peut compenser, se faire une raison, mais ce n'est pas logique actuellement.
- R.J : Pensez-vous avoir été bien préparé à ce rôle ?
- Dr : Moi je n'ai fait des études médicales que très décousues. Mobilisé pour le STO après mon PCB, je voulais faire vétérinaire, puis sursitaire in extremis. Après divers avatars dont une fièvre typhoïde, j'ai préparé l'externat ; puis en cinquième année une tuberculose pulmonaire, puis le décès de ma mère, brutale épreuve qui m'a donné le sens de ma fonction.
- R.J : Le remplacement est-il important ?
- Dr : C'est très important, et formidable, pour moi cela a été une révélation.
... Je pense que si je n'avais pas eu mamère qui est morte sans qu'aucun patron n'ai pu nous donner le diagnostic, j'aurais peut être pas cette conception assez rigoriste de la médecine. Je pense que c'est important de savoir pourquoi et comment les gens pensent d'une certaine façon.
- R.J : Pensez vous que la Faculté vous a bien formé ?
- Dr : Non très mal ! C'était la guerre, les études étaient très décousues, j'ai surtout appris ma médecine sur le tas. Ce qui m'a le plus appris, c'est mon expérience personnelle de la maladie. Pour ma fièvre typhoïde, j'ai demandé au médecin de m'hospitaliser dans un service, sans dire que j'étais étudiant en médecine, alors je me suis trouvé de l'autre

côté de la barrière avec une maladie grave et très pénible, cela a été pour moi formidable !

Il faut toujours essayer de se mettre dans la peau des gens que l'on a en face de soi, la meilleure façon est évidemment d'y être.

... Il est très dangereux en médecine et ailleurs que ceux qui passent les concours sont ceux qui ont une formation d'esprit tournée vers l'abstrait.

Je m'explique : il faut être capable de voir les choses sur le plan pratique et en même temps d'en tirer des lois intellectuelles de l'observation. C'est à dire passer de l'abstrait au concret. J'ai eu beaucoup de chance de ne pas avoir une trop grande connaissance technique par la Faculté et d'être obligé d'apprendre sur le tas.

- R.J : Vous avez toujours eu un certain recul par rapport à l'enseignement ?
- Dr : Pendant des années il n'y avait pas d'enseignement post-universitaire, et j'ai vécu sur moi-même. Mais sur cet enseignement post-universitaire il y a beaucoup à dire.
- R.J : C'est important ?
- Dr : Je ne sais pas s'il est important de convoquer les gens le soir après une journée de travail pour leur faire un enseignement théorique. Je suis convaincu que le véritable E.P.U. se fait de généraliste à spécialiste ou vice versa.
- R.J : Par l'échange quotidien ?
- Dr : Oui, bien sûr !
... Le spécialiste doit transmettre au médecin à propos d'un malade particulier des connaissances récentes.
- R.J : Etes vous souvent en relation avec nos maîtres des hôpitaux ? allez vous voir les malades ?
- Dr : Bien sûr, quand je fais hospitaliser des malades, et quand vous êtes passionné par votre métier, vous allez à l'hôpital pour savoir ce qui c'est passé. L'accueil est souvent déplorable, ou toléré mais on ne participe jamais.

- R.J : Cela n'a-t'il pas évolué ces dernières années ?
- Dr : Cela n'est pas possible étant donné la supériorité des patrons, mais il faut l'accepter. Il est nécessaire qu'il y ait la hiérarchie, sinon personne ne ferait l'effort d'un travail intellectuel intense pour arriver à être patron. Argent ou honneur il faut bien qu'il y ait une récompense, on ne peut se défoncer pour rien.

- R.J : Vous m'avez parlé tout à l'heure de la qualité de la relation avec les malades. Pourquoi ? Est ce un rôle médical ?
- Dr : C'est un rôle médical de participer, ce n'est pas être seulement un instrument, c'est être au delà !
Il faut que le médecin soit à la fois un brillant technicien, mais qu'il ait le contact avec son malade.

- R.J : Les malades vous demandent-ils souvent des conseils familiaux ?
- Dr : Ils les demandent aux gens qui s'intéressent à eux.
Le généraliste remplace de plus en plus le curé, car le curé ne s'intéresse plus tellement à ses ouailles.
... Enormément de maladies sont induites par l'esprit. Les conseils d'hygiène de vie dans ces cas là sont beaucoup plus importants que les médicaments.

- R.J : Quels sont les obstacles que vous rencontrez ?
- Dr : La Sécurité Sociale : actuellement mes malades sont très mal remboursés, parce que je refuse la convention par nécessité. Comment voulez vous que je garde un malade 3/4 d'heure pour trente deux francs la consultation, c'est impensable !
Autrement il faudrait que je fasse de la médecine industrielle comme font la plupart des médecins, par obligation.

- R.J : Vous avez organisé votre temps de cette façon ?
- Dr : Non, mais je vous ai donné une conception de la médecine, et je suis fidèle à cette conception. Il y a des malades que je garderai pendant dix minutes quand ce sont des choses très bénignes. Si vous voulez avoir un contact humain avec les gens vous êtes obligé de leur parler, de leur famille, de leurs problèmes et cela prend du temps.

... Ce que je reproche à la Sécurité Sociale est de ne pas pouvoir donner aux médecins l'occasion de faire de la médecine de qualité.

- R.J : Est ce qu'il faut une grande disponibilité ?

- Dr : Totale, non seulement de temps, mais il faut se donner :
"Sublimer jusqu'au don de soi ce geste d'amour qu'est la médecine."

- R.J : Certains aménagements ont-ils permis d'aménager cette disponibilité ?

- Dr : Il y a des aménagements, autrement cela serait insupportable !

- R.J : Comment êtes vous organisé, par exemple pour les gardes ?

- Dr : J'ai fait toutes mes visites de nuit pendant au moins dix ans. Puis j'ai été un des membres fondateurs de SOS Médecins. J'ai toujours exigé à SOS Médecins la lettre au médecin traitant habituel : c'est très important, il faut une continuité.

- R.J : Faut-il du courage ou d'autres dispositions ?

- Dr : Du courage ou de la faiblesse !

Il y a des qualités et des défauts qui font le bon médecin.

Peut être une certaine faiblesse à se dévouer constamment, à ne pas avoir de vie personnelle, volontairement ou poussé par les malades, et c'est une certaine faiblesse.

Il faut avoir le goût des contacts, c'est aussi indispensable.

... Le médecin doit aussi avoir conscience de sa propre valeur déconsidéré à ses propres yeux il est inefficace.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : La plus belle preuve que je recommencerai est qu'en général on projette toujours sur un de ses enfants ce qu'on aurait aimé faire. Si par hasard mon fils réussissait l'internat mon souhait serait qu'il fasse généraliste.

Ce qui est formidable en Médecine Générale, c'est une diversité impressionnante.

ENTRETIEN N°23

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : Vos malades vous considèrent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Pour l'instant, par manque d'expérience je ne sais si les malades me reconnaissent comme tel, mais je désire le devenir. Installé seulement depuis un an, quelques uns me reconnaissent comme Medecin de Famille, et je ferai tout pour le rester. Pour moi c'est un idéal, de devenir Medecin de Famille.
- R.J : Quel est votre rôle ?
- Dr : Sur le plan medical on est amene à tout traiter, mais il faut savoir se limiter. Dès que quelque chose semble me dépasser, je conseille au malade de s'adresser à plus compétent. En tant que Medecin de Famille, on est amene à soigner beaucoup de petits maux, qui ne sont rien du tout, mais qui sont angoissants pour les malades. On a souvent à résoudre des problèmes non medicaux, mais plus familiaux ou sociaux pour lesquels on donne des conseils et on rassure les gens. On traite beaucoup de choses courantes dans toutes les disciplines. On nous demande des conseils concernant l'éducation des enfants, la contraception, la vie genitale, l'affectivité, la vie relationnelle conjugale. Parfois ils viennent uniquement pour parler, sans délivrance d'ordonnance, des problèmes d'angoisse. Mon rôle est de les écouter, et ils me remercient. C'est un peu le rôle du curé.
Pour une mésentente conjugale on essaie de résoudre les problèmes qui les séparent. Le fait de s'expliquer devant moi, et de dire des choses qu'ils ne s'étaient jamais dites, transforme leurs relations.
- R.J : Comment avez-vous été formé à remplir ces fonctions ?
- Dr : Je n'y ai pas été préparé par la Faculté, mais en partie par

les services hospitaliers, certains médecins y ont contribué, et surtout par mon père que j'estimais être vraiment un Médecin de Famille.

- R.J : Faut-il faire de la psychiatrie pour résoudre les problèmes relationnels ?
- Dr : Ce n'est pas nécessaire. J'en ai fait un peu car je m'intéressais à ces problèmes, c'est plutôt une question de caractère, on est ou pas fait pour ça, celui qui sait écouter les gens deviendra plus facilement Médecin de Famille.

Mais c'est un peu aux dépens de sa vie familiale propre. J'ai aussi l'exemple de mon père qui se consacrait totalement à sa vie professionnelle, je ne le voyais pas souvent. Il est actuellement plus facile de s'organiser, de façon à ne pas faire manger la vie familiale par la vie professionnelle. J'ai opté pour un local professionnel indépendant du local habitation. A mon retour j'essaie de faire abstraction de ma vie professionnelle, et de me consacrer plus à ma femme et à mes enfants. Cela n'empêche pas certains malades de venir me trouver à la maison. Il y a quand même une ambiance différente.

- R.J : C'est un progrès ?
- Dr : C'est une amélioration, comme la formation des cabinets de groupe, un aménagement des horaires est ainsi permis, ce qui est plus difficile quand on est seul.

- R.J : Doit-on avoir sa propre famille ?
- Dr : C'est certain, il faut avoir certains problèmes de famille pour comprendre les problèmes des autres...
Les remplacements m'ont aussi préparé à mon rôle médical. J'ai été obligé très vite de remplacer mon père malade, ceci du jour au lendemain. Par la suite, pendant sa convalescence il m'a guidé, comme pour un stage chez le praticien...
L'idéal pour moi c'est mon père, il n'exerçait pas pendant que je remplaçais. Il me semble difficile pour un praticien de rester passif et de laisser sa place sans intervenir.

- R.J : Faut-il faire beaucoup de remplacements ?
- Dr : Cela dépend de leur fréquence, j'en ai fait pendant trois ans, mais déjà un an c'est bien.

- R.J : Participez-vous aux conférences de formation post-universitaire ?
- Dr : L'E.P.U. apporte plus que les revues, car il peut y avoir un dialogue, Les revues apportent des éléments intéressants et complémentaires, mais le dialogue de l'E.P.U. est bien agréable. C'est plus adapté.
Loin de traiter de choses rares, l'E.P.U. permet de poser des problèmes concrets rencontrés, non savants mais pour lesquels on a besoin d'une solution. Il y a des revues pour les généralistes, mais le caractère scientifique persiste.

- R.J : Quels sont les obstacles que vous rencontrez quotidiennement ?
- Dr : On parle beaucoup du facteur temps, je ne m'en rend pas encore compte, car mon installation est récente. Il m'arrive de faire quatre actes dans la journée, cela ne m'empêche pas de rentrer tard chez moi. J'ai de grands creux dans la journée, mais il me faut parfois rester une heure et demie pour un client arrivé à dix neuf heures trente. Le facteur temps compte beaucoup quand je travaille d'avantage, une dizaine d'actes dans la journée, et je rentre tard consacrant beaucoup de temps à chaque malade.

- R.J : Quels ont été vos problèmes d'installation ?
- Dr : Cela en a posé beaucoup. J'ai créé mon cabinet, confronté à des problèmes d'autorisation administrative pour exercer dans ce local, j'ai perdu un an pour ça. Puis il a fallu créer une clientèle pas encore très importante, grâce aux quelques personnes qui viennent me voir, et qui sont satisfaites de moi. Il n'y a pas d'autre moyen que d'être constamment dévoué, à la disposition des gens, de les garder longtemps et de les écouter, même pour des bricoles je me déplace.
La disponibilité compte énormément pour se faire apprécier. Cela je ne le fais pas seulement pour créer ma clientèle, mais aussi par conviction. Au bout de quelques années, je serai

obligé de me limiter. Un jour viendra où malgré mes convictions il faudra qu'à vingt ou vingt et une heures cela soit terminé, on ne doit pas pouvoir tenir le coup à ce régime.

C'est difficile de limiter progressivement, il faut que les gens apprennent qu'une fois chez vous vous devez vous reposer, et si un problème urgent survient qu'ils fassent appel au système de garde. Il y a une éducation de la clientèle, difficile à faire, mais indispensable.

On est appelé uniquement pour des angoisses sans fondement organique, et cela souvent la nuit, et on doit y aller.

Certaines personnes sont très exigeantes, elles nous conditionnent un peu comme un larbin et vous devez y aller.

D'autres personnes comprennent la nécessité d'un repos et que le médecin n'est pas inusable.

- R.J : Etes vous conventionné ?

- Dr : Oui car pour créer une clientèle c'est indispensable.

Même avec une médecine lente, c'est difficile de créer une clientèle en dehors de la convention. J'ai même vu plusieurs malades d'un médecin non-conventionné venir me trouver pour des problèmes de soins continus et de remboursements.

Les gens, même bien soignés, font attention à ce problème, ceci est injuste vis à vis des praticiens non-conventionnés, qui font une médecine peut-être plus lente et meilleure, et il n'y a pas de raison que la Sécurité Sociale ne les rembourse pas, c'est un moyen de pression un peu malhonnête à leur égard.

Une fois installé, il est difficile de se dégager, engagé dans un système on ne peut pas en changer.

Passer du conventionnement au non-conventionnement ne me paraît pas possible, les malades fidèles ne comprendraient pas de ne plus être remboursés.

Je ne sais pas si la convention est juste pour la question des honoraires ; je fais confiance aux syndicats, avec l'impression qu'elle pose d'énormes problèmes.

Le problème du profil ne m'a pas encore été posé, mais je trouve que si cela m'arrive, je trouverai que c'est une contrainte anormale.

Il m'a fallu un an pour obtenir l'autorisation d'utiliser une radioscopie.

Quelle que soit l'argumentation des technocrates, la gêne apportée à l'exercice de la médecine quotidienne par l'absence de la radioscopie nuira au malade. Il faudra le faire revenir ou l'adresser ailleurs : perte de temps, dépenses supplémentaires etc...

Finalement ce sont les patients qui feront les frais de cette absurdité.

On aurait presque l'impression que les pouvoirs publics font tout ce qu'ils peuvent pour démolir la médecine des généralistes.

- R.J : Quel est l'avenir du Médecin de Famille ?

- Dr : Pas mauvais dans la mesure où des problèmes politiques vont l'influencer. Socialiser la médecine n'est pas bon, il y aura toujours des malades qui réclameront le Médecin de Famille.

- R.J : Quelles sont les dispositions et les qualités nécessaires à cet exercice ?

- Dr : La disponibilité, la compréhension, savoir écouter, et bien sûr connaître son métier. Il faut du courage moral et physique. La curiosité est utile pour comprendre et traiter. Par contre être trop suffisant, et sûr de soi même, c'est un gros défaut. Les gens ont besoin de rencontrer quelqu'un qui ne les écrase pas, qui puisse discuter. Il faut de l'humilité.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : Oui sûrement, j'orienterai peut être différemment mes études, mais je referai bien sûr médecine. Je n'ai pas choisi d'emblée la médecine générale, ayant trainé quelques années ailleurs, Mais je le referai si j'avais à le faire. Mon père a sûrement influencé ce choix et j'en suis heureux. L'intérêt est peut être intellectuel, mais aussi humain, il faut aimer les contacts, rendre service, rencontrer des gens et les connaître ou du moins essayer.

ENTRETIEN N°24

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- R.J : Vous êtes pédiatre, vous considérez vous comme Médecin de Famille ?
- Dr : J'ai été généraliste pendant quinze ans, et je suis pédiatre de façon relativement récente. Je crois que le rôle est un peu différent. Psychologiquement je préférerais être Médecin généraliste, justement à cause de ce problème de Médecin de Famille. En tant que pédiatre nous le sommes beaucoup moins car nous ne soignons pas les adultes. C'est limité, et je le regrette beaucoup ayant de la peine à me détacher des enfants que j'ai connus tous petits, à quinze ans il y a un rideau ! Je vous parle donc de mon expérience ancienne : Les Médecins de Famille c'est la forme la plus reconfortante, la plus intéressante de la Médecine.
- R.J : Y a-t'il opposition entre les termes de généraliste et de Médecin de Famille ?
- Dr : Il y a une évolution actuellement, il ne devrait pas y avoir d'opposition. La forme de la médecine change un peu parce que les médecins sont pressés ce qui est regrettable, peut être à cause des problèmes matériels, par le système de convention on nous a imposé une forme de médecine.
En étant conventionné étant donné les honoraires des généralistes, il n'est plus possible d'être disponible, il faut aller vite. C'est une des raisons pour laquelle je suis devenue pédiatre, pour pouvoir continuer la même forme de médecine. Le pédiatre a des honoraires de consultation plus élevés.
- R.J : Quel était votre rôle ?
- Dr : Sur le plan médical ? J'apportais tout ce que je pouvais de ce que j'avais appris. Je me recyclais en permanence, c'est très

important et j'exerçais ma profession avec conscience. Sur le plan non médical si l'on peut dire, il y avait chez mes malades non seulement une confiance mais une sympathie mutuelle. Je les aimais bien, et je crois qu'ils me le rendaient bien. Il y avait un attachement certain, ils me posaient des questions sur tous leurs problèmes même lorsque c'était un peu extra professionnel.

J'intervenais dans leur vie de tous les jours avec l'impression que je participais vraiment à la famille, c'est une conception très personnelle.

- R.J : Est ce votre rôle ?

- Dr : Cela faisait partie de mon rôle, je connaissais la famille, les ennuis qu'ils pouvaient avoir, on les voit surtout à ce moment là. Il me semblait normal de jouer un rôle de conseiller objectif, d'apporter une sympathie objective, qu'ils n'ont pas toujours dans leur propre famille. C'est plus subjectif quand il s'agit des siens. Pour ça je crois que le Médecin de Famille est très important.

On connaît les conditions sociales, familiales, l'environnement, le style et le caractère des gens et les répercussions qu'elles peuvent avoir, tout s'intrique.

L'individu n'est pas isolé, ce n'est pas une maladie mais un malade avec tout un environnement qui joue. Il est dommage que peu à peu on élimine le Médecin de Famille.

Cela vient je pense des conditions actuelles d'exercice des médecins. Dans la population très jeune il n'y a sans doute pas la fidélité des anciens. Pour eux la technique et la science ont plus leur valeur que la psychologie.

En tant que pédiatre j'ai l'impression qu'il s'adressent plus à un technicien qu'à un ami ou à un confident. De plus ils sont très mobiles, ils changent souvent de résidence voire de ville en fonction de la situation du père de famille.

Cela devient de plus en plus fréquent depuis quelques années.

Une grosse partie de la clientèle en pédiatrie sont de jeunes parents. Pour un généraliste il y a toujours la partie ancienne de la population qui reste fixée, les personnes âgées sans aucun doute. Le Médecin de Famille doit subsister davantage dans la

campagne.

- R.J : Le Médecin de Famille est-il une image d'Epinal ou une forme d'avenir ?
- Dr : C'est difficile à dire. Il est bien préférable d'avoir des Médecins de Famille mais je me demande si l'on ne va pas de plus en plus vers une médecine étatisée, fonctionnarisée ; je le déplore, je suis un peu pessimiste pour l'évolution, et je ne sais pas si on s'y achemine tout doucement.
La médecine personnalisée c'est beaucoup plus attachant, beaucoup plus prenant, plus passionnant. Vous ne pouvez refuser à quelqu'un que vous connaissez bien de vous déranger à n'importe quelle heure. Pour des étrangers on est moins disponible. Je ne sais pas si l'on en a conscience au départ, mais depuis mon installation j'ai beaucoup appris.
- R.J : Quelles sont les dispositions ou qualités nécessaires à cet exercice ?
- Dr : Une certaine sympathie pour les gens.
Ne pas faire de la médecine pour de l'argent ou pour un aspect scientifique.
Avoir envie de rendre service aux gens, les aider quand ils sont en difficultés.
Ce sont des dispositions de base qui ne s'apprennent pas.
Le point de vue scientifique est extrêmement intéressant, il y a un jeu d'esprit.
L'argument financier doit être mis à l'écart, mais il faut vivre et beaucoup travailler.
Pour vivre je pense qu'un médecin doit voir au moins vingt malades par jour, en fait je ne sais plus exactement...
- R.J : Cette disponibilité est-elle liée au métier ?
Y a-t'il des moyens pour s'organiser ?
- Dr : Je n'ai pas d'expérience quant aux groupes, mais je pense qu'à la campagne c'est la meilleure formule... Certains malades ne sont pas tous heureux du changement probable de médecin, c'est cependant la seule forme de médecine vivable dans l'avenir. Ils doivent bien s'entendre, comme le mariage, c'est

la meilleure ou la pire des choses.

- R.J : La médecine est-elle compatible avec la vie de famille ?
- Dr : C'est un peu acrobatique, car ce n'est jamais terminé : quand on rentre il faut se recycler, lire les revues, faire les papiers ; tous les soirs je travaille jusqu'à vingt trois heures. Ce n'est pas la quantité d'heures qui est importante, mais la qualité. Une heure avec mes enfants c'est une heure de disponibilité pour eux. J'ai aussi le cabinet et l'appartement séparés ; c'est une solution plus onéreuse, mais qui sauve la vie de Famille ; sinon c'est horrible, on est dérangé sans arrêt, les enfants sont un peu mis à l'écart, brimés, passant au second plan. Il ne faut pas que les enfants participent à la vie professionnelle, ça les dégoûterait.
- R.J : Les enfants de médecins font pourtant volontiers médecine ?
- Dr : C'est la facilité, je ne crois pas en l'exemple. La plupart des enfants arrive maintenant à dix sept ou dix huit ans sans savoir que faire. Ils n'ont alors guère d'autres idées. Ce n'est pas un choix délibéré... Pourtant c'est une vie qui vaut la peine d'être vécue. Quand on est crevé le soir c'est pour quelque chose de valable.
- R.J : C'est rare un métier qui enthousiasme ?
- Dr : Oui c'est rare ! La plupart des gens travaille pour avoir de l'argent et en profiter pour des loisirs. La médecine pour moi ce n'est pas ça du tout ? J'arrive au bout d'un certain nombre d'années et ça m'enthousiasme toujours autant. Je travaille par plaisir, et c'est maintenant quelque chose d'extraordinaire ? On a une vie remplie intensément. C'est une motivation essentielle, le reste est secondaire.
- R.J : Le fait d'être médecin femme donne-t'il une teinte particulière à votre métier ?
- Dr : Le fait d'être une femme donne une teinte particulière, je crois que les gens qui viennent me voir sont ceux qui ont

besoin de se confier davantage, ils me disent : "vous vous écoutez patiemment et avec intérêt, les hommes on les rase". Psychologiquement nous avons une plus grande tendance à donner, c'est une question féminine et beaucoup le perçoivent. Le roman des gens me passionne, je ne fais pas d'effort pour les écouter, et j'y participe. Un homme reste plus objectif et moins sentimental.

Chaque médecin exerce selon sa conscience ou selon son caractère et l'on a un peu les malades qui correspondent à notre personnalité. C'est très net quand on fait des remplacements.

- R.J : Est ce que les remplacements sont importants avant l'installation ?

- Dr : Oui, parce que c'est très différent de la médecine hospitalière qui ne vous prépare pas à l'installation.

Quelque soit la conscience apportée à sa formation hospitalière il reste beaucoup de choses à apprendre sur le tas, dont le côté psychologique. Nous appartenons tous à un milieu plus ou moins fermé, mais quand même restreint.

La médecine vous fait connaître tous les milieux, et c'est cela la grande découverte. C'est la seule profession où l'on puisse rentrer dans n'importe quel milieu, sans transition.

C'est un côté passionnant? J'ai une tendance un peu sociale.

- R.J : Avez-vous un rôle à jouer dans la société actuelle ?

- Dr : Oui, mais je n'ai pas le temps de prendre de telles responsabilités. Les médecins qui ont exercé sont les seuls à connaître réellement certains problèmes. C'est un métier qui forme à la vie sociale. A ma retraite, si j'ai suffisamment de vitalité, je m'occuperai de problèmes sociaux, on les voit tous vivre, des vieillards, des abandonnés c'est un problème crucial, atroce et pitoyable. Il y a beaucoup de chose à dire et à faire.

- R.J : Le Médecin de Famille est-il un notable ?

- Dr : Beaucoup moins et il ne faut pas avoir l'air au dessus du

commun des mortels, c'est ridicule et excessif.

Mais il ne faut pas non plus perdre trop de prestige, pour inspirer confiance il nous faut représenter sur le plan moral quelque chose d'important pour eux.

Il faut de l'intégrité, de l'honnêteté, qualités inhérentes à celle du médecin. Les malades sont plus exigeants, une tournure d'esprit générale, une évolution désagréable, un droit à la santé, on se demande pourquoi on les laisse mourir !

Paradoxalement la mort d'un médecin leur paraît inconcevable, et qu'il soit lui même malade ne leur paraît pas sérieux. Pour eux, nous faisons partie d'une race spéciale, en dehors du coup, et ils exigent qu'on leur apporte un peu de notre intégrité, de nos possibilités de résister à la maladie, voire à la mort.

ENTRETIEN N°25

(Ancienneté 10 à 20 ans)

- R.J : Vous êtes généraliste, vous considérez vous et vos malades vous considèrent ils comme Médecin de Famille ?

- Dr : Non, ce terme de Médecin de Famille me gêne, il n'existe pas sur le plan légal. Les malades emploient peu cette dénomination et si vous voulez il découle de l'exercice. Je soigne en général toute la famille, mais je ne suis pas la seule, les spécialistes aussi par moment et je reste le médecin généraliste qui fait la coordination.

Le Médecin de Famille finalement est celui que les gens viennent voir pour un conseil qui dépasse souvent la consultation médicale.

- R.J : Quel genre de pathologie voyez-vous en Médecine Générale ?

- Dr : On voit de tout, et c'est très intéressant. Les gens ne vont pas chez le généraliste pour de grosses choses. Le spécialiste, lui, ne voit que des cas importants, parce qu'ils ont été triés. C'est une chance pour le généraliste qui lui permet de faire surface dans une journée. En effet, une bricole très facile, rapidement soignée, si elle est très importante pour le malade, nous assure du temps à consacrer aux deux ou trois choses importantes que nous voyons par jour. J'aime beaucoup soigner les petites choses, c'est très intéressant. Sans me demander un effort intellectuel ou physique extraordinaire, j'assure les soins et je rassure les malades.

- R.J : Pensez-vous avoir été formée, sur le plan médical et psychologique par vos études ?

- Dr : J'ai eu la chance de tomber sur de grands patrons, particulièrement axés la-dessus. Dès le début j'ai pensé faire de la Médecine Générale, les stages et quatre années de remplacements m'ont beaucoup formée. Je conseillerais à un étudiant de faire au moins deux ans de remplacement pour être à l'aise. Ensuite on se forme

sans arrêt, les choses vont tellement vite et de nombreux médicaments sont apparus depuis la fin de mes études.

- R.J : Avez-vous été formée pour ce rôle de psychologie ou extra-médical ?
- Dr : Non c'est inhérent à la personnalité. Certains ont un contact facile avec les autres, d'autres pas. Ces derniers devraient rester dans les hôpitaux.
- R.J : On parle pourtant beaucoup de l'humanisation de l'hôpital ?
- Dr : C'est une vaste blague. A part les plantes vertes dans les halls, elle se fait au niveau des femmes de service et des gens qui ballaient qui ne sont ni formés, ni humanisés mais présents autour du malade. Le médecin hospitalier fait son métier correctement, mais le malade le voit très peu.
- R.J : Voyez-vous des dispositions ou qualités nécessaires à l'exercice de la médecine générale ?
- Dr : Il faut être très disponible, c'est inné et une question de mentalité. Il y a des gens toujours disponibles, même s'ils ont des tas de choses à faire, d'autres jamais même sans avoir rien à faire.
- R.J : Etes vous conventionnée ?
- Dr : Oui, je me suis fait avoir par la Sécurité Sociale, qui m'a fait signer un papier sans me rendre compte de son objet. Cette convention est une vaste fumisterie. Non conventionné et les malades sont brimés parce qu'ils ne sont pas remboursés et on risque de n'avoir plus personne, conventionné et les malades sont encore brimés car on va vers une médecine rapide.
- R.J : Certains médecins se plaignent de ne pas gagner leur vie ?
- Dr : Il ne faut pas dépasser vingt malades par jour pour faire de la bonne médecine, certains malades nécessitent plus de temps, d'autres moins, l'un dans l'autre ça permet de vivre quand même. On est cependant écrasé par les frais et ligoté par les tarifs conventionnels.

C'est un peu vexant de constater que pour changer quatre bougies un garagiste vous prend le prix d'une consultation. C'est à la portée de n'importe qui, et si j'avais su je les aurai changés moi-même. De même les tarifs des techniciens spécialisés sont considérables. Quand je pense qu'on a fait dix ans d'études!!

Il y a deux manières de payer les gens, par leur compétence, et par leur formation. Mon mécanicien n'a pas besoin de C.A.P. pour changer les bougies, c'est là la différence !

- R.J : Que peut on faire ?

- Dr : S'organiser un peu comme les pharmaciens, limiter les cabinets pour limiter les étudiants : si on a trop, on brade !
je ne crois pas qu'il y aura du travail pour tout le monde, et pense que l'inflation des médecins est voulue. Nous finirons par être salariés, nous travaillerons de huit heures à midi et de quatorze à dix huit heures, après dix huit heures trente il n'y aura plus personne. Quand mille d'entre nous seront sans travail, nous accepterons n'importe quoi.

- R.J : Dans votre lieu d'exercice, vous m'avez dit être dix médecins. Avez-vous rencontré une concurrence sérieuse ?

- Dr : Moi, non ! parce que j'ai eu la chance de percer tout de suite, c'est une question de chance, un hasard de circonstances, en fait le hasard on va le chercher par le contact avec les gens et la disponibilité. Dans le cas où on répond après dix huit heures les gens viennent et reviennent. Ils sont très fidèles dans une grosse proportion.

- R.J : Le fait d'être une femme donne-t-il une teinte particulière à votre profession ?

- Dr : Moi je ne trouve pas de grande différence, la fonction de médecin est assez neutre.

- R.J : Si on vous proposait de recommencer ?

- Dr : On aime ce que l'on fait, et je recommencerais. C'est très satisfaisant en soi, le salaire est en surplus.

- R.J : La vie familiale est-elle possible ?
- Dr : Elle s'intègre très bien la dedans, comme il faut être présent avec ses malades, il faut être présent avec ceux qu'on aime et plus on est parfait dans sa famille, plus on l'est dans son cabinet. Ce qui compte c'est la qualité de la présence, faire la vaisselle n'est pas forcément être présent, on peut l'être d'une autre manière.
- R.J : L'organisation des gardes par un système comme SOS Médecins vous permet-il d'assurer cette présence ?
- Dr : Ne m'en parlez pas, je préfère les faire moi-même? Je ne suis pas dérangée souvent parce que mon associé et moi, nous avons éduqué les gens à nous déranger que lorsque c'était urgent, mais nous restons disponibles. Le téléphone permet de résoudre beaucoup de problèmes sans se déplacer et les malades savent que nous y répondons. Je crois qu'il faut un peu les discipliner. J'accepte bien de leur donner beaucoup de temps, mais il faut qu'ils m'en laissent un peu aussi.

ENTRETIEN N°26

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : Certainement ! Pas toutes les familles, mais il m'arrive de soigner du grand-père jusqu'au dernier né.
Mes malades me considèrent comme Médecin de Famille sans que je leur tende la perche. Il y a deux choses face au malade, les connaissances et l'abord.
Si le contact est bon, ils en parlent à leur entourage et six mois après vous voyez arriver quelqu'un : "je suis le frère ou la soeur d'un tel" on arrive ainsi à soigner toute une famille. On voit un enfant pour une histoire infectieuse, les parents vous appellent pour leurs autres enfants, et puis pour eux-mêmes, et vous considèrent comme leur Médecin de Famille.
A partir du moment où les gens se sont fixés dans le village, ils le considèrent comme leur village, et c'est leur pôle d'attraction. C'est valable pour le pharmacien, le médecin, l'épicier même.
On ne fait pas partie des notables contrairement à autrefois. Plus on se rapproche d'une ville, moins le médecin est considéré comme un notable.
- R.J : Voyez vous une différence entre Généraliste et Médecin de Famille ?
- Dr : J'assimile les deux termes, sans qu'un ait plus de valeur que l'autre.
- R.J : Quel est son rôle médical ?
- Dr : Le médecin généraliste est à la base de la médecine : consultation et diagnostic en vingt minutes, trente francs, une thérapeutique à la clef et que le malade soit guéri dans

un temps donné. On voit de tout, des choses graves et des choses bénignes.

J'ai l'attestation de pédiatrie, c'est de la médecine générale d'enfants, et puis je me suis aperçu que la médecine générale était passionnante, j'ai laissé tomber mon diplôme de pédiatrie.

C'est passionnant pour celui qui l'exerce, la variété, le contact avec le malade, le plaisir de faire un bon diagnostic de temps en temps, de voir les gens soulagés par notre thérapeutique nos conseils ou la psychothérapie.

On voit beaucoup de maladies psycho-somatiques, plus de la moitié de la clientèle.

En expliquant aux fonctionnels le mécanisme de leurs troubles et son anorganicité, ils sont rassurés. C'est un aspect intéressant et le rôle du médecin est de les soigner et de les sécuriser. J'ai été bien préparé à ce rôle ayant passé douze ans dans les hôpitaux : externat, préparation de l'internat, remplacements d'internes.

C'est un gros problème actuel ce contact tardif avec l'hôpital. On était hypo en première année, la Faculté on la sautait de temps en temps, mais la formation sur le tas est la meilleure. Sur le plan humain aussi j'ai été formé à l'hôpital. Le milieu hospitalier était différent autrefois, le patron avait un contact humain énorme, il savait faire un diagnostic en 1/4 d'heure, il avait une clientèle privée.

L'examen clinique était poussé à l'extrême, on ne se précipitait pas sur les examens systématiques : à l'époque un bilan comprenait radio-pulmonaire, NF, vitesse de sédimentation et cuti.

Les hospitalisations n'étaient pas plus longues.

Les enseignants étaient différents du fait de leur statut. La formation de l'étudiant en médecine a changé de par le plein temps. Il a fait perdre aux patrons la notion de clientèle privée et ils enseignent moins cette façon d'examiner les malades.

Les cliniciens dans les hôpitaux se perdent. Je suis peut être un peu dur, je connais pourtant actuellement d'excellents cliniciens qui savent tout, en pédiatrie cela s'est moins perdu.

- R.J : Avez vous fait de la psychiatrie pour soigner les fonctionnels ou les psycho-somatiques ?
- Dr : Absolument pas, je crois que c'est une question de tempérament. Le professeur X à son cours inaugural a dit : "vous êtes tous destinés à soigner, bienheureux sont ceux qui parmi vous ont vomi avant un examen, ont eu le trac, des envies impérieuses d'uriner, ils sont à même de comprendre les 3/4 de leurs malades". Je pense qu'il a raison !
 Le psychiatre en principe lui ne doit pas rentrer dans le jeu du malade, doit l'écouter sans trop participer ; le généraliste au contraire dans ce genre d'affections, (dépression, anxiété, fatigue), doit discuter et participer activement à la psychothérapie. Il doit se mettre tout nu devant son malade, un peu comme le malade se met tout nu devant lui. C'est un échange, cela se situe sur un plan très humain. Il faut une disposition au départ puis c'est une question d'habitude de formation sur le tas. Certains réussiront plus ou moins que d'autres selon leur disponibilité, leur caractère.
 Les remplacements sont aussi formateurs ; il faut avoir remplacé plusieurs médecins pour voir ce que c'est. Il est certain qu'on est un peu paniqué la première fois qu'on se trouve à la tête d'un cabinet, hanté par l'urgence de nuit. Finalement on s'aperçoit qu'il y a des urgences mais pas très fréquentes et on peut toujours faire appel à l'hôpital qui n'est jamais bien loin.
 ... On voit chez certains étudiants diplômés une sorte de regret de ne pas avoir osé se lancer dans la médecine générale.
- R.J : Une fois installé, poursuivez vous votre formation ?
- Dr : Il faut se tenir au courant, je lis des revues médicales, pas en hiver car je suis trop débordé ; on a aussi des colloques des réunions que je sélectionne, je fais donc un peu des deux.
- R.J : Avez vous d'autres rôles ?

- Dr : On a un rôle de prévention qui est énorme, il y a toute une éducation de la population à faire : prenons l'exemple de la vaccination par le B.C.G. qui a très mauvaise presse (Lübeck 1936) Je me suis bagarré ici pour la faire accepter. On a aussi les régimes : un obèse vient pour une entorse de la cheville, on prend sa tension, on ne se contente pas de regarder l'entorse (exemple du monsieur venu pour une otite à qui ont découvert une rate d'où splénectomie). Il faut prendre le temps d'examiner ses malades. Un dada de la médecine lyonnaise est d'être une médecine lente, c'est réel, on a été formé comme ça en dehors des problèmes actuels avec la Sécurité Sociale. On doit faire le diagnostic de toute la médecine. Pour le traitement c'est différent on ne va pas s'amuser à opérer une appendicite ! On pourrait avoir un rôle dans la cité, mais nous ne sommes pas assez disponibles. On revient me chercher tous les trois ou quatre ans pour être conseiller municipal. On aime bien me mettre dans une commission, les gens pensent que ça fera plus sérieux s'il y a le toubib dans le coup. Je fais partie d'une association familiale, du conseil d'administration d'une fondation pour les vieillards.

- R.J : Vous m'avez parlé d'un facteur temps. Quels sont les autres obstacles que vous rencontrez au cours de l'exercice quotidien ?

- Dr : Actuellement on a encore le temps d'examiner ses malades, c'est une période encore bénie. Si jamais... on est toujours aussi disponibles mais il est certain que nos horaires de travail ont été bien augmentés depuis la convention. Je suis conventionné par la force des choses. Il y a quand même une consommation médicale plus importante depuis cette époque. Celle ci nous fait perdre du temps, mais pas encore au détriment des vrais malades. Il y a un peu une inflation des malades. Quant au nombre des médecins, il y a du travail pour tous.

- R.J : Etes vous disponible vingt quatre heures sur vingt quatre ?

- Dr : C'est ce que le malade réclame. Il accepte maintenant qu'on ne soit pas toujours là. Les problèmes de garde sont réglés. Ce n'était pas vivable quand je me suis installé , aussi j'ai organisé moi-même le tour de garde, sauf la nuit où chacun assure sa propre garde et s'il est absent le malade est adressé à un autre médecin ou appelle SOS Médecin. On ne peut pas passer que des nuits blanches, et il faut discipliner ses malades. Il faut dire de temps en temps que l'on est un homme comme eux, on répond aux appels, mais on fait remarquer parfois leur manque de justification. Ici cela passe bien !

- R.J : Votre profession est-elle compatible avec une vie de famille ?
- Dr : Oui je pense qu'il suffit de s'organiser.
 Les enfants de médecins sont souvent privés de leur père le soir. C'est ce qui fait beaucoup hésiter les jeunes à s'installer comme généraliste. Il faudrait interroger ma femme, je pense que les femmes de médecins ne veulent pas que leurs enfants deviennent à leur tour médecins généralistes.
 Les vacances sont le moment où vous profitez le plus de vos enfants. Un médecin généraliste qui travaille douze à quatorze heures par jour doit en prendre, comme un instituteur, quatre ou cinq semaines en été, à pâques et à mardi gras. C'est faisable en étant remplacé.

- R.J : Quelles sont les dispositions et les qualités nécessaires à l'exercice de ce métier ?
- Dr : Les gens ont pu après plusieurs consultations apprécier un nouveau médecin. Je le sais par mes remplaçants, les gens disent : "Il était bien, dévoué etc... mais il manquait un peu d'autorité". Cela dépend des familles, certaines acceptent qu'on ne fasse pas un diagnostic en dix minutes, d'autres pas, et appelleront un autre médecin. C'est très variable ! Il faut plaire et adapter un contact suivant les gens, non pas dans un but lucratif, mais dans un but sécurisant. Il faut être aussi à l'aise chez un gitan que chez Madame Machin chose.

C'est un métier assez astreignant, il faut savoir s'évader, avoir des violons d'Ingres. Je pêche, je chasse, je fais de la voile, c'est indispensable !

- R.J : Conseilleriez vous à un jeune de choisir médecine générale ?
- Dr : Avec la forme actuelle, certainement ! On demandera toujours le généraliste.

A la SNCF, ils n'ont pas le choix libre de leur médecin et en tête de leurs revendications syndicales ils le demandent. Ils subissent cette forme de médecine style militaire. Les malades se plaignent d'avoir un médecin consultant et un médecin de visite différent.

- R.J : Quel est l'avenir du Médecin de Famille ?
- Dr : J'en sais rien, c'est une question de choix politique. La base ne réagit pas comme les politiciens du sommet ; cela se passera en dehors de nous et pour se faire entendre il faut actuellement représenter une masse.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?
- Dr : Oui bien sûr, mais en groupe. Il faut que ce soit organisé et en plus une bonne entente pour qu'il n'y ait pas de problèmes. Le généraliste s'est fait des ennemis, la presse, le milieu industriel etc... On est réputé pour mettre la Sécurité Sociale en faillite. Les gens sont d'autant plus exigeants que la médecine est gratuite. Mais le jour où la médecine sera gratuite il vaudra mieux être fonctionnaire.

ENTRETIEN N°27

(Ancienneté : 10 à 20 ans)

- R.J : Etes vous le Médecin de Famille ? qui est-il ?
- Dr : Je suis Médecin de Famille depuis douze ans et assez satisfait de l'exercice de ce métier. J'ai choisi un peu particulièrement puisque je désirais à l'origine m'orienter vers la psychiatrie et ne l'ai pu pour des oppositions familiales. Je reviens à mes premières amours car je m'occupe surtout de Médecine psycho-somatique. J'essaie d'exercer mon métier le plus possible avec l'optique du Médecin de Famille.
C'est un idéal et on ne peut faire une médecine complète, totale que si l'on a la connaissance de la famille, du quartier, du milieu professionnel, de l'état d'esprit de l'entourage, de l'environnement des malades, sinon on fait une médecine coupée en tranches qui ne présente aucun intérêt. C'est un métier extrêmement fatigant, il faut savoir se freiner. On risquerait de craquer, le surmenage nous guette. En hiver les journées sont interminables.
Je ne sais pas si je vais pouvoir exercer longtemps mon métier avec l'optique du Médecin de Famille.
Quand j'ai commencé ma médecine je pensais que c'était un idéal indéfini. Maintenant je pense que ce sera sous une autre forme. L'horizon de la médecine libérale me paraît très limité. On va exercer progressivement une médecine de groupe, et dans des maisons médicales. Mes convictions politiques me poussent aussi à changer l'orientation de la médecine, je ne suis pas satisfait de la façon dont on l'exerce sur les plans sociaux et économiques.
J'envisage donc de faire partie d'une équipe et d'exercer dans une maison médicale. Cela ne me gênerait pas d'être payé par un salaire au lieu d'être rétribué à l'acte, le médecin aura tout intérêt à exercer en groupe.
Il n'y a pas qu'une question financière mais aussi une

qualité de la vie familiale. J'envisage une médecine où sans être fonctionnaire on appartiendrait à une maison médicale où les infrastructures essentielles seraient construites payées ou achetées par une municipalité ou un organisme. Une sorte d'hôpital de quartier où on pourrait avoir par exemple une voiture radio, où un seul médecin s'occuperait un jour de toutes les visites tout en gardant sa clientèle et en concevant le libre choix du médecin et sa liberté de prescription.

La grande difficulté maintenant c'est de pouvoir se tenir au courant. On a très peu de temps, très peu de loisir. En fonction de ses impératifs familiaux on doit essayer de garder quelques heures par semaine pour se recycler.

Je préfère les tables rondes, les conférences type Savy, plutôt que les revues qui sont trop techniques.

C'est une question d'utilité, d'intérêt, ça ne sert à rien autant acheter une encyclopédie.

Il est aussi indispensable de relire des ouvrages de base et de se replonger dans les notions fondamentales.

Quant à la thérapeutique j'ai un spectre relativement limité, on peut soigner la plupart des maladies avec très peu de médicaments.

Je ne renouvelle ma prescription que pour l'aspect psychologique et la recherche d'une meilleure efficacité. Je suis tout à fait opposé à la multiplication des spécialités pharmaceutiques.

- R.J : Quelles sont les qualités nécessaires à l'exercice de la Médecine de Famille ?
- Dr : Un médecin doit être compétent sur le plan scientifique. Il faut absolument avoir le sens du contact humain, avoir une compréhension très facile de l'autre, un sens inné, une intuition. On ne peut pas avoir un esprit ouvert sans certaines motivations, certaines tendances profondes. On peut les développer mais pas les acquérir. Sinon vous avez sur vos malades une impression fausse, éphémère et insuffisante.

- R.J : Qu'est ce qui vous a le mieux préparé ?
 - Dr : Je suis resté Interne plusieurs années en clinique, à la fois en médecine et en chirurgie, avec toutes les charges et les responsabilités à l'époque très importantes, et avec un rythme de gardes relativement fréquent. Donc une formation sensationnelle sur le plan pratique, ce n'était pas toujours très facile.
 - R.J : Quels sont les obstacles rencontrés dans votre exercice ?
 - Dr : En ville le renouvellement très rapide de la clientèle, non par infidélité, mais par rotation très importante de la population surtout dans les quartiers rénovés. Il y a aussi les embouteillages, les stationnements ; le téléphone vous dérange constamment et vous importune, mais vous devez répondre directement au malade lorsqu'il est inquiet, lorsqu'il vient de recevoir le résultat d'un examen, il aime que ce soit son médecin qui lui donne les renseignements demandés.
- En fixant des horaires pour téléphoner, on assure une meilleure qualité à notre existence.
- Je ne reçois que sur rendez-vous, sauf urgence, à des horaires très précis, en laissant quand même un choix très large : le matin, l'après midi ou même le soir pour les gens qui travaillent.
- Pour mes visites je demande beaucoup de précisions sur les adresses.
- Je n'habite plus sur le lieu même de mon exercice. Pendant des années j'ai exercé dans le même appartement, avec les enfants la vie devenait insupportable. J'ai choisi une implantation telle que même en cas d'embouteillage je n'ai pas de temps à perdre.
- J'ai mis un répondeur automatique afin de communiquer avec les malades en mon absence. Dans les grandes villes il existe des services de gardes de type SOS Médecin, suffisamment développé pour résoudre tous les problèmes d'urgence. Le médecin doit réserver ses nuits à récupérer et non à aller voir des malades.

A ce rythme là on s'épuise très rapidement; dans l'intérêt même des malades, le médecin doit être en meilleure condition physique et intellectuelle.

Ce progrès incontestable, nous médecins l'avons organisé nous mêmes avec l'assentiment des autorités. Il marche très correctement, peut être quelques bavures, les jeunes médecins qui le composent n'ont peut être pas toujours la formation et l'expérience suffisantes. Nous sommes tous passés par ce stade là.

- R.J : La vie de famille est-elle compatible avec la profession du Médecin de Famille ?
- Dr : C'est certainement le gros point noir, et pendant des années je l'ai un peu sacrifiée, je n'avais pas assez de dialogues car j'étais trop souvent absent, j'ai donc fait un gros effort et je m'impose une discipline. Après une certaine heure et un certain nombre de malades je demande à ceux qui restent de revenir, et ils le font de bonne grâce. Ils ont vraiment confiance en vous, et la majorité se plie à cette discipline. Les médecins se disent débordés car ils ne savent pas s'organiser, ni s'imposer une autodiscipline, ni faire l'éducation des malades qui est pourtant possible si on est un bon Médecin de Famille.

J'essaie donc de consacrer à ma famille le plus de temps possible.

Je suis aussi militant d'un parti politique et me présente aux élections ; c'est fondamental de mieux comprendre la collectivité.

Une personne c'est un tout, les malades m'en parlent souvent. Si on résout certains problèmes de société on éliminera certains maux. Les troubles psycho-somatiques sont souvent liés à des frustrations, des perturbations à la fois affectives et professionnelles. En améliorant les conditions d'existence de l'individu, on améliore l'état sanitaire de la population. C'est un tout. Beaucoup de médecins auraient intérêt à prendre un engagement dans la vie politique et c'est encore possible : le secret c'est l'organisation.

- R.J : Comment vous organisez vous ?
- Dr : Je suis conventionné, et trouve ainsi le temps de prendre des responsabilités ; il ne suffit pas de gagner de l'argent à tout prix.

Une grande partie des honoraires, si les médecins réfléchissaient bien, repart en impôts, c'est donc du travail inutile. Le niveau de vie des médecins a baissé, leur pouvoir d'achat s'est dégradé, j'ai la chance de bénéficier d'autres ressources, c'est un avantage important me permettant de faire une meilleure médecine. Mais de par mes convictions politiques, j'accepte que le médecin ne soit pas le super-privilegié comme il l'était il y a quelques années. Le problème financier va devenir crucial et bientôt les médecins auront d'autres choix à faire.

- R.J : Quelles sont les qualités nécessaires à cet exercice ?
- Dr : De toutes façons, il faut être dévoué, c'est l'ABC de la médecine. Celui qui choisit ce métier avec le but unique de gagner de l'argent est un individu à éliminer, avant tout c'est une question de dévouement aux autres, obtenir une satisfaction matérielle, le confort, une certaine qualité de vie, c'est normal mais ce n'est pas fondamental. On ne doit pas vendre la santé des individus, c'est sordide. Il faut aussi avoir une très bonne santé physique et nerveuse car ici la grande appréhension des médecins c'est de ne pouvoir tenir le coup, de ne pas faire face à ses obligations ; c'est un métier où on doit se donner constamment. Ce qui sélectionne les individus en général c'est la persévérance ou la volonté dans le temps. Ce n'est pas être buté mais avoir toujours de la volonté, ne pas se laisser aller. Vos buts peuvent changer mais vous perséverez dans votre action.

- R.J : Voyez vous une différence entre les termes de médecin généraliste et Médecin de Famille ?
- Dr : Ce devrait être la même chose. L'idéal du généraliste est d'être Médecin de Famille, c'est le but de la plupart des médecins qui ont choisi ce métier avec conviction.

La clientèle fait la distinction, et on a la clientèle que l'on mérite. Ce n'est pas un hasard, sauf au début, mais au bout de quelques années, vous avez une clientèle très spécifique à votre personnalité et à la façon dont vous avez envisagé d'exercer la médecine...

J'avoue n'avoir pas une très grande considération pour mes maîtres, j'ai eu certains modèles, dont certains sont descendus de leur piédestal. Pour beaucoup derrière une façade, la motivation était celle de l'argent ou de l'honneur. C'est une question de caste, de pesanteur sociologique.

- R.J : Quels sont vos rapports avec les spécialistes ?

- Dr : Dans l'ensemble ils sont très bons, on a là aussi les spécialistes que l'on mérite. Si le médecin sait s'imposer et présenter ses vues avec des lettres bien rédigées, des contacts téléphoniques, le spécialiste a un profond respect pour le généraliste, il a parfois même besoin de votre avis ! Les contacts avec les médecins hospitaliers ne sont pas très bons, on ne sait pas à qui s'adresser.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : Je voulais exercer la psychiatrie. Je recommencerais pourtant en essayant d'avoir une meilleure formation de médecine psycho-somatique. On devient dans les grandes villes le véritable confesseur à l'écoute de nombreux problèmes de tout ordre, sociaux, conjugaux etc...

On peut là éviter des divorces, des séparations, en ayant plusieurs discussions au fil des années.

Pour se préparer à ce rôle il faut essayer de s'épanouir dans tous les domaines. L'expérience plus le bon sens et une foule d'impondérables.

Je pense que le seul point noir c'est la fatigue, je me re-mets à la gymnastique!

ENTRETIEN N°28

(Ancienneté : 30 à 40 ans)

- R.J : Vous considérez-vous et vos malades vous considèrent-ils comme Médecin de Famille ?
- Dr : J'ai l'impression d'appartenir à une race en voie de disparition. Avant la guerre de 1940 je suis venu faire ici le remplacement d'un vieux Médecin de Famille, et je suis toujours là. Actuellement j'ai des gens que je soigne depuis le début, pratiquement la troisième génération. C'est un métier de cheval ou de chien comme vous voulez.

Il n'y avait pas de système de gardes et le Médecin de Famille était à la disposition de ses malades. Il m'est arrivé très souvent de me lever la nuit, parce que l'on n'avait pas la thérapeutique de maintenant. L'O.A.P., la terreur du Médecin de Famille, on l'attendait, on savait qu'un tel ou un tel tous les mois en faisait un, on prenait en charge les familles, d'ailleurs elles vous le rendaient bien, c'était une médecine assez agréable, nous étions l'ami de la famille.

On parle beaucoup de l'acte médical, à l'époque quand on allait dans une famille on n'allait pas faire des notes de plombier. La médecine devient une sorte de saucisson qu'on découpe en tranches de plus en plus fines ; tout le monde veut se spécialiser. Je pourrais être spécialiste d'une demi-douzaine de disciplines.

Notre rôle de praticien va disparaître, et nous allons devenir des espèces d'officiers de santé faisant des diagnostics, hospitalisant les malades dès qu'il y a quelque chose d'un peu sérieux. De plus il n'y a pas le contact suffisant entre l'hôpital et le médecin praticien mais une véritable coupure : le médecin qui envoie un de ses malades à l'hôpital n'en entend plus parler.

Les gens déménagent souvent la plupart du temps, mais je connais une famille qui habite dans la même maison depuis soixante ans.

La femme a mené une vie infernale. Je n'avais pas d'heure, toujours à droite ou à gauche, elle était rivée à la maison. Les femmes maintenant l'acceptent plus difficilement. Le confort de l'épouse est une des raisons du succès des cabinets de groupe. Il y a quarante ans la femme du médecin assurait la permanence au téléphone, avec une sorte de teinte médicale, elle répondait aux malades et devenait la collaboratrice directe de son mari et souvent elle était de famille médicale. Il faut insister sur ce problème de la femme du médecin qui n'accepte plus cette vie infernale, qui était celle de la femme du médecin d'autrefois.

- R.J : Quelle était alors votre vie de famille ?

- Dr : La vie de famille était impossible, et n'existait pratiquement pas, levé le premier, quand je revenais mes enfants dormaient depuis longtemps.

Actuellement on prend beaucoup plus de vacances. De plus lors de mon installation les gens refusaient l'hôpital, ils en avaient peur, on y mourrait, sauf les appendicites ou les jambes cassées.

- R.J : Quel type de pathologie soignez-vous ?

- Dr : Pour les 3/4 des infections type rhinopharyngées. On est maintenant orienté vers la prévention, c'est intéressant. Un grand père mort d'HTA, le père aussi, cela me permet de dire au petit fils et fils : "tu as vingt ou vingt cinq ans une tension à quatorze, méfie toi ton grand-père et ton père ont tous les deux fait une attaque". Et les jeunes en tiennent souvent compte.
... Ce qui remplacera peut être la mémoire du médecin c'est le carnet de santé ou un fichier.

- R.J : Avez vous un rôle non médical ?

- Dr : Le rôle de conseiller, bien sûr c'est un peu particulier parce que je fais partie des élus en étant adjoint au maire. On est souvent obligé d'intervenir surtout pour les personnes âgées. Bon nombre d'entre elles sont dans une situation

précaire, ignorant tout des lois sociales, il faut les orienter, donc un peu connaître ces lois.

- R.J : Etes-vous considéré comme un notable ?

- Dr : Ici, notable et notabilité on en parle toujours. Quand je me présente aux élections ce sont mes malades qui me font élire... d'autres avec de grosses clientèles ont très peu de voix !

Ca ne joue pas partout, à la campagne c'est le vétérinaire qui est une notabilité.

Un médecin ne voit pas les choses comme tout le monde, et peut faire partie du conseil municipal.

- R.J : Quels sont les obstacles que vous rencontrez au cours de votre exercice quotidien ?

- Dr : Les problèmes de circulation, les exigences des malades qui veulent venir vous voir à des heures impossibles : faire plaisir à tout le monde c'est très difficile. Les mêmes gens acceptent d'attendre un mois pour avoir un rendez-vous de spécialiste, mais n'admettent pas que le médecin praticien ne soit pas à leur disposition : en fait ce sont toujours les mêmes qui sont inéducables.

Certains anxieux attendent le soir ou la fin de la semaine pour vous appeler dans la crainte de votre absence.

- R.J : Etes-vous conventionné ?

- Dr : Je suis conventionné, je l'ai été pour n'avoir pas rempli un papier. J'arrive en fin de carrière et cela me gêne assez peu. Je crois que l'on peut être conventionné et faire de la bonne médecine.

- R.J : On parle beaucoup de psycho-somatique !

- Dr : Des fonctionnels, on en voit énormément. J'ai été formé pour cela par mes patrons, par l'expérience et l'autoformation. Il faut s'y intéresser ; car soigner les gens qui ont quelque chose, ce n'est rien, ce n'est pas difficile, mais dire à quelqu'un qu'il n'a rien, ce n'est possible qu'avec une

grande responsabilité. Il faut examiner complètement ces malades, parce que les fonctionnels vous jouent des tours ! C'est peut être fatigant quand vous en avez une demi douzaine de cet acabit, et le soir on en a par dessus la tête. Quand un malade me téléphone tous les matins pour la même chose, c'est lassant.

- R.J : Quelles sont les dispositions ou qualités nécessaires au Médecin de Famille ?

- Dr : Ce sont les malades qui font les médecins. Il n'y a pas de qualités particulières, la compétence a déjà moins d'importance, on peut très bien guérir les gens sans savoir ce qu'ils ont.

Dans le quartier les gens s'arrêtent pour vous dire bonjour, c'est assez agréable.

- R.J : Etes-vous optimiste pour l'avenir du Médecin de Famille ?

- Dr : Pourquoi être pessimiste ? Depuis le temps que la médecine prend des tournants, qu'elle va soi-disant à la catastrophe, elle est toujours là !

... Si vous voulez faire fortune, il faut bien être promoteur ou charlatan, ça ne marche pas mal ! Si vous voulez rendre service aux gens, à mon âge vous pourrez dire : "je n'ai pas perdu mon temps !"

La médecine évolue, les malades sont de plus en plus exigeants. Ils se tiennent un peu au courant de l'évolution des choses, un peu revendicateurs aussi. Ils ont droit à la santé et partent du principe qu'ils en donnent assez.

Avec la Sécurité Sociale, les gens ont des droits, et tiennent à récupérer au moins autant qu'ils ont versé, le déficit de la Sécurité Sociale est permanent et fatal, d'autant plus qu'ils veulent toucher davantage.

- R.J : Est ce que vous recommenceriez ?

- Dr : J'aurais peut être beaucoup de peine à le faire. Né dans les Alpes, à douze ans je voulais déjà être médecin, il n'y en avait pas là bas.

Je m'en suis vu pas mal, car à l'époque il n'y avait pas de bourse, ni de restaurant universitaire. Je recommencerais certainement, mais je ne sais si c'est plus difficile ou moins qu'autrefois. Ca vaut quand même le coup, c'est une profession qui me plaît beaucoup

ENTRETIEN N°29

(Ancienneté : 20 à 30 ans)

- R.J : Vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?

- Dr : C'est très différent suivant que l'on est à la ville ou à la campagne. J'ai été Médecin de Famille à la campagne pendant deux ans, et j'ai fait là de la bonne médecine de famille. En ville bien qu'étant spécialisé je fais de tout, et je trouve que la Médecine de Famille a bien changé depuis que je me suis installé.

Aujourd'hui le Médecin de Famille c'est d'abord celui en qui les gens ont confiance, forts de leur pseudo-connaissance les gens ont beaucoup de peine à avoir confiance.

... Ceux qui ont un cancer et qui restent avec le même médecin jusqu'au bout, lient avec leur médecin des liens extraordinaires, c'est formidable !

A la campagne, ils sont plus longs sûrement à faire confiance mais une fois accordée, ça y est !

On connaît les tenants et les aboutissants des grands parents, des enfants, des parents, et c'est très important !

- R.J : Quelle est la formation qui prépare le mieux à ce rôle de Médecin de Famille ?

- Dr : Ma famille était médicale et initialement je voulais être Médecin de Famille. Mon grand père était déjà Médecin de Famille, et visitait les fermes à cheval, il a eu la première voiture du village, il était "Le" Médecin.

J'ai donc été élevé comme ça, car mon père l'était aussi et je l'ai vu à l'oeuvre. Moi j'ai voulu en faire autant ici, mais c'est difficile, car les gens changent beaucoup.

Aller voir les gens chez eux c'est toute une affaire, j'ai de la peine à les trouver. S'il fallait faire encore des visites ce serait une grosse perte de temps.

Au cabinet vous pouvez voir un malade à fond vingt minutes, mais voir quelqu'un dans un quartier éloigné on y passe deux heures. Il'y en a qui le font, moi je les admire, vu les conditions d'exercice actuel, je n'en ai ni le temps ni le courage. Et c'est d'abord au détriment de la vie de famille, ce n'est pas possible d'être Médecin de Famille et d'avoir une vie de famille.

Il y a plusieurs solutions : le groupe mais c'est déjà moins de la Médecine de Famille, s'installer dans une ville à clientèle réduite, ou encore restreindre sa clientèle volontairement.

- R.J : L'avenir serait donc le groupe ?

- Dr : Le groupe permet de faire en partie seulement une Médecine de Famille. J'étais resté sur l'image du Médecin isolé et individuel, à la campagne, pour des raisons bien précises qui remontent à mon enfance.

Installé dans ce quartier j'ai été Médecin de Famille pendant quelques années avec visites nocturnes etc..., puis il y a eu l'hôpital, la spécialisation. Les circonstances extérieures et les inconvénients de l'exercice m'ont incités à faire une spécialisation, c'était plus simple.

- R.J : Quelle pathologie voit le Médecin de Famille ?

- Dr : Beaucoup de fonctionnels avant tout. En ville on en voit beaucoup, les gens sont pressés, agressés par la publicité, le bruit, la vitesse etc... et cela s'aggrave chaque année. J'essaie encore de faire comprendre aux gens qu'ils mènent une vie délirante. Dans ma spécialité je ne vois que ça : les 2/3 de ma clientèle. La gastro-entérologie prête aussi le flanc aux troubles fonctionnels.

Je continue pourtant à faire de la Médecine générale.

Je suis aussi content de faire de l'endoscopie, sinon je tiendrai mal le coup.

C'est usant et pénible nerveusement.

En dehors des fonctionnels on voit vraiment de tout.

Vis à vis de la Sécurité Sociale je suis encore généraliste,

conventionné en Dt.Pt., j'en suis ravi, c'est une formule un peu batarde, sûrement pas une formule d'avenir.

- R.J : Pensez vous avoir été formé pour ces fonctionnels ?

- Dr : Sûrement pas, à la Faculté ; uniquement sur le tas.

On n'avait pas de cours de psychologie, de sociologie, d'économie politique, enfin concernant les problèmes de la médecine actuelle.

J'avais vraiment l'impression, en sortant de la Faculté, de ne rien savoir du tout.

- R.J : Peut-on l'apprendre par des cours ? ou par la psychiatrie ?

- Dr : J'avais fait un long stage en psychiatrie à la fin de mon externat, qui m'a permis de voir autre chose. Je ne conseillerais pas forcément à des étudiants futurs généralistes de passer par là. Par contre la formule du stage chez les praticiens est très intéressante, on voit qui sont les gens, et comment on fait.

L'hôpital m'a apporté beaucoup dès le début, j'ai eu de grands patrons, et connu des chefs de clinique épatants...

- R.J : Faut-il certaines dispositions et qualités pour exercer ce métier de Médecin de Famille ?

- Dr : Oui sûrement, presque l'inverse des qualités qu'il faut pour être chirurgien, où il ne faut pas couper les cheveux en quatre, et aller tout droit. Il me semble qu'il faut être nuancé, synthétique, avoir du courage et surtout ne pas craindre sa peine : être très travailleur !

Les études sont une bonne école, il faut beaucoup travailler.

- R.J : Les concours sont-ils indispensables pour faire un généraliste ?

- Dr : Ils ne sont pas nécessaires. Grâce au ciel on peut à l'hôpital avoir de très bonnes places sans passer de concours.
J'en suis un bon exemple.

- R.J : Pensez vous que le contexte matériel dans lequel évolue la

Médecine générale s'est bien amélioré, les gardes... ?

- Dr : Bien sûr, tout à fait d'accord. Cela a protégé la vie de famille et la vie personnelle de tous les médecins généralistes.

Un truc comme SOS Médecin en ville c'est très bien, le Médecin de Famille peut ainsi mieux tenir le coup.

- R.J : Pensez vous que ces améliorations encourageront les jeunes à devenir Médecin de Famille ?
- Dr : Oui je l'espère ! il y a des types qui font de la Médecine générale pendant un certain temps, puis pour des questions familiales, en particulier d'enfants, il font une spécialité. Quand on fait des années de Médecine générale, on devient un bon spécialiste, sinon c'est sûrement une catastrophe ! Il faudrait au moins faire cinq ans d'exercice en tant que généraliste avant de faire une spécialité, car d'emblée c'est trop limité ; les malades s'en plaignent et sur le plan qualité d'exercice ce n'est pas le rêve !
- R.J : Le Médecin de Famille a-t'il d'autres responsabilités à prendre dans la société ?
- Dr : Faire comprendre (souvent en pure perte) aux gens qu'ils ne devraient pas être chez le médecin s'ils menaient une vie plus normale. Les 3/4 des gens ne devraient pas avoir à se soigner. Il leur faut faire un choix fondamental entre le confort matériel et le bonheur.
- R.J : Cette éducation souhaitable doit être faite par le Médecin ?
- Dr : Qui peut le dire ! par les curés c'est fini ! une bonne part est retombée sur le Médecin. Nous sommes aussi ceux à qui les gens viennent raconter leurs ennuis.
- R.J : Faites vous une opposition entre Médecin généraliste et Médecin de Famille ?
- Dr : Ce devrait être la même chose. Le Médecin de Famille c'est mieux, ça suppose que l'on connaît tout le monde dans la famille, le malade et le médecin en bénéficient.

Mais il faut quelques années pour connaître ce milieu.

- R.J : Encourageriez vous un de vos fils à faire Médecine générale ?
- Dr : (un grand silence)

Il faudrait qu'il ait bien compris. Mes enfants me voient trop travailler. Je ne fais plus rien d'autre, ce n'est pas drôle pour eux, et ils n'ont pas envie d'en faire autant. Si l'un d'eux avait envie de faire Médecine générale par le même itinéraire, je l'encouragerais.

Dans les autres professions, sans hésitations on ne travaille pas autant, et puis les choses ont le temps de changer pour les plus jeunes. J'ai eu un remplaçant ancien Interne de l'hôpital X, qui savait énormément de choses, un type formidable, il était très complet, avait un bon esprit d'analyse et de synthèse. Il est parti s'installer à la campagne et va faire une médecine de qualité, les gens là bas vont avoir une sacrée chance !

Le contact humain est un don que l'on peut cultiver ; des affreux à l'hôpital s'adoucissent après quelques années de clientèle.

Il faut aussi bien garder ses clients, on ne peut les envoyer promener.

ENTRETIEN N°30

(Ancienneté : 0 à 10 ans)

- R.J : Etes vous Médecin de Famille, ^{vos malades} vous reconnaissent-ils comme tel ?

- Dr : J'ai depuis très longtemps décidé d'être Médecin Généraliste donc d'être Médecin de Famille. Les deux termes vont tout à fait ensemble, je ne conçois pas de la Médecine Générale autrement que comme de la Médecine personnalisée en relation double avec un malade.

Donc je revendique fortement le rôle de Médecin de Famille, et j'ai une clientèle qui m'est personnelle.

J'ai axé toute ma formation, mes stages d'externat en fonction de ce que j'allais trouver en médecine générale.

J'avais décidé aussi de travailler en groupe, le meilleur moyen de rationaliser mon travail.

J'ai fait des remplacements de médecin isolé de campagne, puis ici même.

Les stages je les avais donc choisis en fonction de ma destination, en pédiatrie cela avait surpris tout le monde quand j'ai dit vouloir faire de la médecine générale. Le Professeur X m'a orienté et mis à la consultation, il m'a apporté quelque chose d'énorme pour ma formation.

- R.J : Où est ce que l'on vous a le mieux préparé à être Médecin de Famille ?

- Dr : Pendant les remplacements j'ai eu l'impression d'avoir été trahi par les gens qui m'avaient formé, j'ai alors écrit un article très dur, critiqué par les autres généralistes comme dénigrant la Médecine Générale.

J'avais été jeté à l'eau lors de mon premier remplacement, sans savoir nager.

J'ai passé un an et demi au pavillon P, alors urgence médicale, où je me suis vraiment formé, là j'ai vu de tout.

On arrivait à s'intégrer dans une équipe où le titre avait

très peu de valeur, et on n'était jugé sur son efficacité. J'ai également appris beaucoup de choses dans le domaine de la psychiatrie.

... La médecine pratique a progressé nous y sommes sans doute pour quelque chose, on s'est battu pour ça.

Le cours de pharmacie et le cours de Médecine sociale m'ont beaucoup apporté : tout le domaine de la Sécurité Sociale, paperasserie, administration. Je m'en sers encore tous les jours. Il y avait aussi le cours d'hydrologie pratique du Professeur X, qui était un cours de thérapeutique pratique extraordinaire.

Je me suis aussi préparé avec les moyens du bord, articles, annuaire thérapeutique, les trucs donnés par les laboratoires, et je me suis fait un certain nombre de carnets qui m'ont permis de n'être pas trop perdu lors de mes remplacements. L'internat ne m'a pas attiré, j'estimais qu'il ne m'apporterait rien pour ce que je voulais faire, pour moi c'était un leurre.

Mon installation a été rapide et mes associés m'ont apporté une formation complémentaire.

Conscient de ce qui me manquait et préparant moi-même ma formation, j'ai quand même eu l'impression d'avoir été trahi. J'ai eu une réaction de déception et d'irritation.

On m'avait enseigné beaucoup de choses en laissant passer des choses très importantes et quotidiennes en médecine générale.

Nous allons peut être retrouver un enseignement valable par des tables rondes avec les praticiens.

- R.J : Quel est le rôle du généraliste ?

- Dr : C'est un chef d'orchestre.

J'ai voulu faire Médecine Générale pour aller chez les gens en les voyant vivre chez eux dans leur milieu, on apprend mieux à les connaître. C'est fondamental !

J'espère que la visite ne disparaîtra pas, même si ce n'est pas justifié sur le plan médical pur.

Le généraliste ne peut pas tout savoir, il connaît son malade,

la façon dont il vit dans sa famille, dans son contexte. Il le prend en charge véritablement et demande les avis de correspondants spécialistes ou hospitaliers, ceux ci d'ailleurs renvoient souvent le malade. C'est moi qui le suit.

On commence à connaître mon point de vue, avec certains hôpitaux qui pour une HTA demandent au malade de revenir tous les mois se faire prendre la tension. C'est illogique ! C'est mon rôle, le rôle de l'hôpital étant de faire un bilan, ensuite je suis mon malade en rapport avec le service hospitalier.

Je suis le permanent de mon malade. Dans cette relation duelle nous travaillons ensemble, car je tiens à le considérer en adulte et en égal sur ce plan. Technicien je fais un métier et non pas un sacerdoce.

C'est un rapport d'égalité ; quand on doit faire un choix, l'alternative une fois posée, le malade décide lui même.

Une consultation est souvent uniquement consacrée à expliquer et informer, le malade doit prendre en charge sa maladie sans trop régresser. C'est une évolution vers laquelle il faut tendre.

- R.J : Quelle pathologie voyez-vous ?

- Dr : On voit un peu de tout !

Grosso modo dans mon cabinet il y a 1/4 de pédiatrie avec une grande partie de prévention, le reste étant des adultes, on trouve moitié de fonctionnels et moitié d'organiques.

- R.J : Quel est l'intérêt d'une telle pathologie ?

- Dr : On est au front, nous faisons le dépistage. Nous essayons de ne pas hospitaliser le malade systématiquement. Notre structure nous permet de faire des bilans assez longs et poussés. Nous poussons le diagnostic au plus loin, quand le malade repart c'est avec un dossier complet, nous restons en contact avec l'hôpital et à sa sortie nous le suivons. J'essaie d'éviter les consultations de spécialistes "en douce", qui ne bénéficient pas de notre dossier, ou ne le complètent pas.

L'intérêt scientifique est énorme, il y a pas mal de choses à découvrir dans le domaine de la Médecine Générale.

Dans un fichier correct et étudié de temps en temps on peut faire avancer certains éléments de prévention et d'épidémiologie. De même dans le domaine de thérapeutique, les laboratoires demandent de plus en plus aux médecins de groupe de faire certaines expérimentations.

- R.J : Vous êtes un technicien, êtes vous seulement cela ?

- Dr : Pas du tout, je suis technicien de médecine, mais aussi technicien de la relation. C'est une chose qui m'intéresse, et je pense rendre beaucoup de services dans l'étendue de la pathologie fonctionnelle et névrotique, voire de la pathologie psychotique.

J'ai un rôle énorme à jouer en prenant en charge mes malades de ma position privilégiée. Tous les médecins ne doivent pas prendre en charge ce genre de pathologie, mais s'ils en ont le goût et la capacité ; ils doivent non seulement savoir passer la main et prendre la responsabilité d'une pathologie qui est passionnante. Dans la pathologie adulte cela représente un peu plus du quart et c'est plus ou moins intriqué. Il faut prendre conscience de la souffrance de ces malades qui n'ont rien ou à qui l'on dit : "vous n'avez rien, c'est nerveux !" ces malades souffrent au même titre que les malades organiques. Ce rôle joué par le généraliste, le psychiatre ne peut le remplir.

- R.J : Avez-vous d'autres rôles, d'autres responsabilités à prendre ?

- Dr : Celui d'avocat vis à vis des services administratifs, nous essayons d'avoir des liens personnalisés avec les médecins-conseils, de les voir, les connaître personnellement et pour que les problèmes ne se règlent pas par des expertises sauvages. Beaucoup de problèmes peuvent se résoudre par un échange au téléphone.

Les gens viennent quand il sentent que le médecin est intéressé par leurs problèmes et essaie de les écouter.

- R.J : Pourquoi ce terme de Médecine de Famille ?

- Dr : On ne soigne pas forcément la famille entière. Le malade a une conception différente du Médecin de Famille et ce qui demande de longues discussions à propos de notre organisation en groupe, pour eux c'est le médecin vingt quatre heures sur vingt quatre.

Dans le système de l'organisation de la médecine de groupe, ils le comprennent très mal. Quand je fais des consultations le matin, il est évident que je n'irai pas faire une visite à domicile. Mon jour de repos du jeudi est sacré, il suffit de leur expliquer notre système ils arrivent à le comprendre, il y a une éducation du malade à entreprendre.

Sinon je ne peux pas exercer la médecine comme je veux, j'estime que je ne rends pas service à mes malades.

Une surcharge de travail, une demande de plus en plus importante, non pas un manque de temps.

On a résolu le problème du temps par le système des consultations sur rendez-vous.

On a beaucoup parlé du temps que prenait la psychothérapie dite de soutien. C'est faux ! La consultation prolongée du médecin généraliste n'a lieu que deux ou trois fois par an pendant une heure. Mais c'est très rare. Le plus souvent on connaît le malade, on n'a pas à revenir sur le passé, on comprend tout de suite ce qui se passe. Cela couvre la durée normale d'une consultation, il y a une discussion qui s'est déjà faite depuis des années, une connaissance intuitive du malade qui nous fait gagner énormément de temps.

- R.J : On se prépare à cette intuition, ou c'est un don ?

- Dr : Il n'y a aucune formation c'est un problème difficile.

Beaucoup de praticiens demande une formation théorique, ils voudraient une recette et sont toujours déçus. Les psychiatres loin de donner des recettes, posent des questions !

Le stagiaire interné chez le praticien peut au cours de tout entretien qui a une composante psychothérapeutique, voir comment on aborde le malade. Il n'y a pas de vocation, mais un intérêt pour cette pathologie, une disposition qui dans le groupe peut être transmise à ses associés...

- R.J : La relation médecin-malade ordinaire ou psychothérapique est-elle amicale ?
- Dr : Le médecin devient l'ami de ses malades, mais la relation ne doit pas devenir extra-professionnelle, on ne peut soigner un ami ou sa propre famille.
- R.J : Un généraliste doit-il avoir une formation particulière ?
- Dr : Au départ c'est un goût. Il peut y avoir une formation.
J'ai fait partie pour ma part des premiers groupes "Balint" d'étudiants pendant deux ans. Cela m'a énormément apporté sur le plan personnel et sur le plan relation avec mes malades.
- R.J : Un Médecin de Famille doit-il être médicalement très compétent ?
- Dr : Il faut une base technique solide dans certains domaines, on parle beaucoup de la formation du généraliste, des grands progrès se sont faits ; le stage chez le praticien est fondamental ; des tables rondes généralistes, spécialistes, étudiants, vont être mises en route.
On essaie de mettre l'étudiant le pied à l'étrier. On intégrera aux cours de plus en plus de généralistes sans devenir "petits prof", nous avons des choses à dire.
- R.J : Vie de famille et Médecin de Famille ?
- Dr : Le problème est là, j'ai toujours voulu exercer en groupe pour cela, pour être disponible il faut être reposé, détendu et pas déranger sans arrêt par des pseudo-urgences.
Le groupe est une voie difficile, différente de l'hôpital car il y a le problème de l'investissement ; travailler en groupe entraîne un certain nombre de contraintes, mais une possibilité d'organisation du travail et des libertés...
La liberté c'est la vie de famille, il n'y a que le groupe qui puisse la permettre. La différence est énorme avec les médecins isolés. Dans la structure du groupe, la vie de famille est possible. L'épouse est tenue à l'extérieure, elle peut faire quelque chose à côté et n'a pas forcément épousé une profession.

- R.J : Avez-vous un rôle syndical ou politique ?

- Dr : J'ai choisi celui de la promotion de la médecine de groupe, mais sans militantisme absolu, il y a une question de personne... J'ai donc une responsabilité syndicale régionale et nationale. Participer au conseil municipal m'intéresserait, mais pour l'instant j'ai trop de choses à faire. Au niveau d'une commune on a des choses à dire, on connaît les gens et les problèmes sur le tas.

- R.J : L'avenir ?

- Dr : Contrairement à ce que l'on a pu dire, la médecine de groupe c'est plutôt l'organisation. Pour sauver la Médecine de Famille... l'avenir n'est pas forcément en groupe mais une question d'organisation, mais de notre façon ou des groupes horizontaux, sans être en groupe mais il faut organiser les urgences et les gardes de nuit, ne pas se bouffer le nez entre médecins par une surenchère thérapeutique. Le médecin qui veut faire de la médecine générale trouvera sa place soit isolement, soit en groupe et la qualité de sa médecine et sa persistance dépendront de la conception de son art.

- R.J : Etes-vous conventionné ?

- Dr : En principe tous les membres du groupe ont les mêmes honoraires. Par philosophie je trouve normal d'être conventionné. Il y a un système qui permet à tous les malades d'être égaux devant la santé. Je n'estime pas être bien honoré, je veux faire une médecine lente, presque de consultant, et le tarif conventionnel est basé sur une moyenne nationale...

- R.J : Est-ce que vous recommenceriez ?

- Dr : Je continuerais. La médecine générale me passionne dans beaucoup de domaines en particulier celui des malades qui souffrent et que personne ne prend en charge. On est vraiment une plaque tournante indispensable. Je resterai donc médecin généraliste et je ferai tout pour trouver d'autres voies pour améliorer cette profession et répondre aux besoins humains.

ANALYSE

Dans l'élaboration chronologique de ce travail, l'analyse des entretiens a suivi leur transcription intégrale, et a permis le choix des passages les plus caractéristiques.

Il nous a paru utile pour la clarté du discours de ne placer ce chapitre qu'à la suite des trente extraits.

A la lumière du répertoire mentionné dans la méthodologie nous suivrons l'entretien, tel qu'il s'est déroulé, en reprenant les dix groupes de questions.

"- Vous êtes Médecin ?

- Oui.

- Quelle spécialité faites-vous ?

- Je suis simplement Médecin.

- Ah !... (la déception de l'interlocuteur est évidente)

Vous faites de la Médecine Générale !"

- SOLIGNAC (33) -

1°) Vous reconnaissez-vous et vos malades vous reconnaissent-ils comme Médecin de Famille ?

Le choix de nos interlocuteurs devait être confirmé, à la limite une réponse négative aurait écourté l'entretien. Nous recherchions seulement des Médecins de Famille.

La plupart des médecins interrogés ont répondu par l'affirmative, tout en nuancant leur adhésion.

- Cette quasi unanimité nous a à la fois surpris et réjouis :

- surpris car nous rencontrions contre toute attente les spécimens rares d'une "race en voie d'extinction" voire "une espèce disparue" (E n°12).
- réjouis car, même s'ils dénoncent eux-mêmes l'acharnement systématique et aveugle dont ils sont les victimes, leur nombre

nous permet de penser que cette catégorie de Médecins est encore solide et apte à prévoir les moyens d'assurer sa pérennité.

Le Médecin de Famille existe donc toujours, nous en avons rencontré un grand nombre.

- Les nuances apportées à cette adhésion et leur importance empêchent même certains Médecins de se reconnaître sous ce titre (E n°21)^x. Ce sentiment passe d'abord par l'appréciation et la confirmation des gens qu'ils soignent : tout dépend de la proportion de la clientèle qui, après un processus chronologique "d'adoption" les reconnaît ainsi.

La prise de conscience du médecin ne se fait qu'après le déroulement d'une succession d'étapes nécessaires et immuables (E n°8)

- . L'existence du Médecin est révélée à un membre d'une famille, par son entourage ou par le hasard d'une proximité géographique.
- . L'appréciation qui suit ce premier contact préfigure les rapports futurs : une opinion défavorable interrompt la fragile relation, une satisfaction, tout aussi partiellement subjective, instaure l'élément initial d'une confiance propre à étendre cette prise en charge à toute la famille (E n°15).

Il nous faut ici remarquer que :

les médecins installés récemment admettent plusieurs Médecins de Famille dans la même famille, et se considèrent comme tels en soignant plusieurs membres d'une famille (E n°18), à l'opposé, les médecins établis depuis longtemps n'envisagent cette dénomination que s'ils soignent toute la famille, voire plusieurs générations (E n°3).

On peut tenter de résumer un tel processus par la succession : premier contact, mise à l'épreuve, satisfaction, extension aux autres membres de la famille.

La famille établie progressivement un rapport de confiance, dont témoigne sa fidélité (E n°20).

La constance de ce sentiment consacre le Médecin de Famille, et le récompense par un choix préférentiel.

x (Entretien n°21)

Nous verrons plus loin les obstacles à cet exercice, mais certains paraissent nuire davantage au fait d'être considéré comme un Médecin de Famille.

La perplexité de certains médecins est induite par la grande mobilité et le changement de mentalité de la population sans compter l'exclusion des grands parents du groupe familial, ou l'éloignement de ses composants.

"Les gens déménagent souvent" surtout dans la banlieue (E n°10) et quelques uns préfèrent désormais considérer leur médecin comme un simple technicien à leur service, une concrétisation de leurs cotisations ou droits, voire un distributeur de certificats ou d'ordonnances (E n°7).

Ce constat autorise les médecins très récemment installés, ou par un mouvement d'humilité, à considérer qu'être Médecin de Famille est un idéal à atteindre (E n°23).

Enfin, quelques uns ne sont pas attachés à ce terme, (l'un même le renie) car illégal malgré son caractère de réalité, et évitant une querelle de dénomination (E n°14 et 25) pensent exercer leur métier avec toute la conscience requise.

Nous persistons à croire que la Médecine de Famille, non sans évoquer un passé récent, est un terme actuel et une très belle appellation (E n°11).

"De très nombreux praticiens ont ceci de distinctifs qu'ils se mettent directement et de façon suivie à la disposition de tous les membres des familles dont-ils s'occupent..."

- O.M.S. (28) -

2°) Le Médecin de Famille, qui est-il ?

Pouvez-vous me le définir rapidement ?

Autant la question précédente a trouvé un écho, autant celle-ci a entraîné chez nos interlocuteurs un embarras certain.

La plupart des Médecins interviewés ont marqué ici un temps d'arrêt,

leur discours a été souvent suspendu par un long silence (E n°12).

Nous avons commis deux erreurs en la posant :

- La première était de demander à brûle-pourpoint une définition. Il nous semble que même dans d'autres circonstances, trouver une définition est toujours délicat, d'autant plus qu'il s'agit de se définir soi-même.

Nous pensions avoir tourné la difficulté en évitant le "qui êtes-vous ?" et en permettant au médecin de se projeter dans l'entité, extérieure ou lui-même, représentée par "le Médecin de Famille". Nous n'en voudrions pour preuve que la fréquence importante de l'emploi du "nous sommes..."

Le médecin s'est donc défini comme membre du groupe des Médecins Généralistes-Médecins de Famille, et sa discrétion ne pouvait trop en souffrir.

- L'entretien ne faisait que commencer. A part certains médecins qui, habitués à exposer leurs conceptions, prévenaient notre question (E n°22), nous avons eu le sentiment que cette question était posée trop tôt.

La plupart des médecins devaient encore à ce stade de l'entretien, se demander à qui ils avaient affaire, et nous leur demandions paradoxalement de se présenter eux-mêmes.

La disparité des réponses ne fait que traduire l'inexpérience de l'interviewer, et les diverses facettes de la riche personnalité des Médecins rencontrés.

Nous pouvons regrouper les définitions par thèmes distincts :

- Le jeu de mots :

"Médecin de, des, de toute la famille (E n°7), ne faisant que déplacer la question à la manière d'un dictionnaire.

- Le rôle :

"Médecin généraliste, "Bon à rien, Bon à tout" (E n°22), du premier et parfois dernier recours (E n°20), du symptôme et de la maladie grave (E n°14), de la responsabilité et de la synthèse (E n°40-11-12-19-25...), maître d'oeuvre (E n°10), chef d'orchestre (E n°14-21)"

- La qualité ou l'intensité de la relation :
 "Médecin de la personne, qui connaît la famille, dépositaire de ses secrets, confident (E n°2), attaché à la famille (E n°1) la laissant s'exprimer (E n°9 et 13)".
- L'opposition :
 "Médecin non spécialiste (E n°4), ni un larbin (E n°14), ni un curé (E n°9)"

Il est difficile de dire laquelle de ces définitions est la plus satisfaisante.

A la lumière de l'ensemble de notre travail nous proposons :

"Médecin dont la riche expérience humaine peut être à tout instant sollicitée pour venir en aide à la famille ou à ses membres, même s'il s'agit de difficultés n'ayant qu'un lointain rapport avec la science médicale".

"Guérir parfois, Soulager souvent, Consoler toujours."

- SAVY -

"Quand vous connaîtrez les faits scientifiques,
 gardez vous de vous croire Médecins,
 il n'appartient pas à tous de devenir artistes !"

- TROUSSEAU - (35)

3°) Quel est le rôle strictement médical du Médecin de Famille ?

Quelle est la formation qui vous a le mieux préparé à ce rôle ?

La première partie de cette double question, peut être par son caractère d'évidence ou par l'importance croissante des autres fonctions, n'a pas suscité un grand développement des réponses.

Considérant que c'est leur premier rôle, les médecins soignent "de tout" (E n°22), des troubles mineurs aux cas sérieux, et dans toutes les branches de la pathologie.

Cette "globalité" (E n°18) est cependant concurrencée par la proximité des pédiatres, des gynécologues et des cardiologues qui rétrécissent leur champ d'action (E n°8).

Inversement la multiplication des spécialistes et la connaissance approfondie des malades leur attribue un rôle ~~majeur~~ de synthèse. La diversité et la continuité des soins qu'ils prodiguent en font tout l'intérêt humain et intellectuel, les confortant dans leur statut de Médecins de la personne (E n°24).

Pour assumer leur rôle médical, les médecins s'y sont préparés avec conscience. La formation, objet de la deuxième partie de notre question, a tenue, au cours des entretiens, une large place. Ils nous diront tous par ailleurs que la compétence est la première qualités du Médecin de Famille.

"Le médecin de maintenant est encore humain, mais doit être un médecin savant" - ALDRICH - (1)

Nos interlocuteurs ont tenu à préciser ce qui, à chaque étape chronologique de leur formation, les avait le mieux préparés à donner des soins de qualité.

Nous suivrons ce déroulement :

- La Faculté leur a donné des bases indispensables, mais, pour la plupart, l'importance de ces acquisitions est sans commune mesure avec l'apport de l'hôpital.

Les étudiants qu'ils étaient alors fréquentaient rarement les bancs de l'Université, trop occupés à préparer le concours de l'Externat.

Ce choix assez général n'est pas sans nous étonner quand on connaît la place prise actuellement par l'enseignement théorique au cours des premières années.

Ils déplorent amèrement que les études actuelles ne permettent aux étudiants de ne fréquenter l'hôpital que très tardivement.

"Il faut voir, toujours voir des malades." - TROUSSEAU - (35)

- Eux, n'attendaient pas longtemps, et ce n'est pas sans émotion qu'ils évoquent leur premier stage comme "HYPO".

L'hôpital réunit tous leurs suffrages.

Ils y ont appris la pathologie, et la manière de se comporter au contact du malade. Cet apprentissage de valeur se faisant grâce à l'enseignement permanent des "patrons", qui pour beaucoup ont été des "modèles" (E n°16) en contact avec la réalité d'une clientèle privée.

Grand responsable d'une trop haute spécialisation, le "plein temps" nuirait actuellement à l'étendue de leur expérience (E n°26). Motivés assez tôt pour la médecine générale, les médecins ont choisi leurs stages en conséquence (E n°20) et peu nombreux assumeraient ainsi d'importantes responsabilités dans les services. L'intérêt de l'internat C.H.U. considéré un peu comme un luxe, devient réel lorsqu'il est effectué dans un hôpital périphérique ou privé, "à visage humain" (E n°17).

- Les remplacements ont complétés leur formation.

Ils leur ont fait découvrir une pathologie du quotidien différente de ce qu'ils imaginaient de la réalité quotidienne, et un rapport médecin-malade particulier (E n°23), mais déjà entrevus dans des services d'urgences (E n°30).

Conseillant d'effectuer des remplacements au moins pendant plusieurs années (E n°18), les médecins pensent y avoir acquis une assurance, et la maîtrise pratique de leurs connaissances.

Certains évoquent l'influence déterminante de leur propre père (E n°7 et 23). Nous n'avons pas rencontré beaucoup de fils ou de filles de médecins, mais ceux-ci ont toujours évoqué une image paternelle présente à toutes les étapes de leur formation.

Etape intermédiaire, le stage chez les praticiens, formateur à la fois pour l'étudiant et pour son hôte, semble être accueilli avec faveur (E n°10 et 30). Mais cette expérience est encore trop récente pour être l'objet d'une étude critique.

- L'installation n'achève pas ce cycle, mais pousse assez rapidement le praticien à une formation continue indispensable, obligatoire, véritable devoir d'un médecin digne de ce nom (E n°19).

Les conférences d'enseignement post-universitaire ou autres, les tables rondes type Paul SAVY, par leur aspect vivant de dialogue, leur thème adapté à la pathologie rencontrée tous les jours,

sont préférées à la lecture des revues considérées comme toujours trop scientifiques (E n°7).

Il s'y ajoute : une prise de responsabilité dans les hôpitaux encore rare (E n°9 et 17), très peu de médecins ayant des fonctions d'attachés, les périodes de recyclage type "stage hospitalier du praticien" du Professeur MORNEX (E n°14), l'échange permanent avec les consultants (E n°21), ou les collègues du groupe (E n°30), enfin et surtout l'expérience quotidienne "les malades nous apprenent la médecine" (E n°11).

Tout au long de cet itinéraire estimé comme valable et sérieux, les médecins regrettent d'avoir du charger leur mémoire de notions concernant des maladies rares.

Ils souhaitent vivement que l'enseignement s'applique davantage à traiter des affections pathologiques en fonction de leur fréquence réelle dans la pratique de tous les jours. Ce que certains préoccupés de pédagogie appellent : "la méthode par objectifs". (E n°25).

"Le reste c'est la médecine humaine des maladies fonctionnelles... dans lesquelles il n'y a pas de lésion... seulement une perturbation du fonctionnement... le rôle de l'environnement... intervient de façon importante.

Et non moins important est le facteur psychique de représentation mentale... influencé par la personnalité du malade..."

- LEVRAT - (21)

4°) Quel est le rôle extra-médical du Médecin de Famille ?
Y-a-t'il une formation qui aide à assumer ce rôle ?

Notre question était ambiguë : nous demandions en quelque sorte aux médecins quels étaient les rôles qu'ils s'attribuaient et ceux qui n'étaient pas de leur ressort.

En progressant dans notre enquête, nous l'avons ensuite souvent formulé différemment : "Avez-vous d'autres fonctions ?"

Les médecins ne s'y sont pas trompés car même si les tâches qu'ils accomplissent sont peu "techniques", elles n'en restaient pas moins très "médicales".

- Leur premier rôle est toujours de soigner, et il est artificiel de l'isoler des autres. Toute leur action débute et s'inscrit obligatoirement à travers les soins qu'ils donnent (E n°10).

- "Médecin d'un malade et non pas d'une maladie."

Le Médecin de Famille prend en charge la personne malade dans sa totalité, et dans son environnement (E n°12).

De nombreux-médecins pensent que leur rôle est caractérisé par l'écoute de ceux qui présentent des troubles psycho-somatiques ou fonctionnels, des conflits d'existence etc...

Le terme même de "Médecin de Famille" semble évoquer avec force l'aspect essentiel et nouveau de leur profession.

La plupart des entretiens ne fait qu'exprimer l'appréhension de chacun sur cette importante fonction.

La connaissance "globale" du malade en tant qu'individu doué d'affectivité et replacé dans son cadre habituel, familial, professionnel etc... attribue au médecin une position d'écoute privilégiée.

"Spécialiste du dialogue" et dernier représentant d'un contact humain et public, il prend la responsabilité entière de ceux qui viennent se confier à lui.

Sans jamais dépasser la moitié des motifs des consultations, les plaintes somatiques exprimées sans fondement organique palpable, en représentent une proportion appréciable et malheureusement croissante (E n° 29).

Ce rôle est difficile à assumer, les médecins ont souvent peur de "laisser passer quelque chose" et sentent le poids de leur responsabilité quand ils concluent après investigations "il n'a rien".(E n° 28 et 30).

- Des conseils de tous ordres (éducation, famille, hygiène, administration etc...) sont aussi demandés au médecin.

Considéré comme accessoire, ce rôle de conseiller est cependant accepté comme inhérent au simple contact humain, et fait appel, outre à la culture générale, plus au bon sens de chacun qu'à un quelconque savoir.

- Le médecin peut aussi mettre ses connaissances du milieu au service

de la population, en prenant, comme certains, des responsabilités au niveau politique ou municipal (E n°28).

Toutes ces fonctions lui confèrent aussi des responsabilités particulières dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé (Ref O.M.S.)(28).

L'exploitation de leurs multiples observations souvent consignées dans des fiches, permettrait par une recherche soigneuse de révéler certains faits dont ils sont les témoins (E n°30).

On ne peut encore parler de formation à ces différents rôles, et si quelques médecins participent avec intérêt aux réunions des groupes BALINT (E n°12), la plupart sont des autodidactes.

Presque tous pensent avoir le goût du contact humain, et la possibilité de le cultiver avec les malades.

Ce "don inné" se développe au fil des années d'exercice.

Des stages en service de psychiatrie ont permis à certains d'entrevoir quelques aspects de ce vaste domaine (E n°13), mais la plupart reste hermétique à une spécialité dont ils redoutent le jargon.

Ils font aussi nettement la distinction entre leurs propres malades "simplement déprimés, surmenés, ne voulant tuer personne !" et les malades qu'ils n'hésitent pas à adresser au psychiatre.

Nous livrerons en guise de commentaire ces propos du Professeur GUYOTAT (14) écrits en 1967 :

"Rien en fait dans l'évolution contemporaine ne justifie l'élimination du Médecin de Famille. Au contraire ! Mais la rançon du progrès est d'exiger de lui une technicité supplémentaire, c'est à dire qu'il soit Médecin de Famille (de la Famille) non pas au nom d'une soi-disant intuition, de dons plus ou moins innés, mais parcequ'il aura été formé à cela.

C'est justement parce que toute la médecine devient de plus en plus technique, que le Médecin de Famille doit devenir un technicien de la vie familiale..."

"Vous êtes décidément "à la chaîne"... O.S. de la Médecine votre journée n'a été en somme que la succession d'actes automatiques, enchainés les uns aux autres, sur une cadence infernale."

Vous vous sentez aussi attaché à la chaîne, rivé à votre banc comme un galérien, courbant la tête sous le fouet..."

- ESCANDE - (12)

5°) et 6°)

Dans son exercice quotidien, quels sont les obstacles rencontrés par le Médecin de Famille ?

Quelles sont les méthodes pour les surmonter ?

Ces deux questions ont été posées séparément. Nous les avons réunies pour mieux faire ressortir la correspondance de leurs éléments. Nous abordions un sujet qui nous a apparu délicat et brûlant, et la plupart de nos interlocuteurs, parfois spontanément, mais toujours avec passion, nous ont dressé le "tableau noir" de leur profession.

Par ordre d'importance, nous y inscrirons successivement les obstacles inhérents au système conventionnel, au médecin lui-même, aux membres du "phalanstère médical"^x enfin aux malades.

a) Le système conventionnel

"Etranglés", anxieux ou sereins, les médecins interrogés placent la convention au premier rang de leurs préoccupations.

Conventionnés ou dégagés de la convention, leurs positions conditionnent l'ensemble de leur exercice.

Au risque de simplifier à l'extrême nous tenterons de présenter brièvement les avocats des deux partis :

- Les médecins non conventionnés

Installés depuis longtemps, la plupart a vécu la mise en place du système. Ils avaient connu auparavant une médecine difficile, presque artisanale, et mobilisant tout leur énergie et les motivations nécessaires à un exercice libéral.

Profondément attachés à cet aspect, ils pensent que leur libre choix est la condition première d'une médecine lente, donc de qualité.

Pour eux, être mieux honorés, c'est avoir la possibilité de consacrer

^xPhalanstère : Unité de travail dont les membres vivent en communauté.

crer le temps nécessaire à chaque malade, tout en vivant de façon décente.

Ils redoutent toute forme de contrôle qui amputerait leur liberté et celle du malade.

- Les médecins conventionnés

D'installation souvent plus récente, ils le sont par nécessité, par raison, par conviction, parfois par erreur (E n°25 et 28), tout en étant conscient des inconvénients d'un tel choix.

L'équation temps-argent est résolue pour eux grâce à leurs divers systèmes d'organisation, dont le plus élaboré est l'exercice en groupe, et, malgré l'importance des frais, par un nombre élevé d'actes quotidiens.

Leur temps est réparti équitablement entre les problèmes nécessitant une longue consultation, et ceux qui peuvent être plus rapidement réglés.

Le système conventionnel pour eux, perfectible, permet à toute les couches de la population, quelque soit ses moyens, d'être très bien soignée.

Mieux remboursés les gens consultent plus.

Mais peut-on à propos de cette nouvelle et moderne relation médecin-malade (souvent trop brève pour l'un comme pour l'autre) encore parler d'honoraires ?

Il nous paraît difficile en quelques mots de restituer objectivement la réalité de ce problème.

Nous avons essayé de rapporter en un simple témoignage ce que nous avons pu percevoir de ce vaste débat qui se poursuit encore...

Sans prendre parti, nous avons remarqué que les uns comme les autres se font les champions d'une "bonne médecine", mais souvent se jugent mutuellement avec sévérité, et sans bien se connaître. La "concurrence" entre les médecins d'un même quartier semble avoir été transformé en une querelle d'église.

Nous voudrions dire pourtant à tous combien leur sincérité nous a impressionné !

b) Le médecin lui-même

Pour bien assumer sa fonction le médecin devrait être "disponible,

détendu sans problème d'argent et sans inquiétude pour son avenir"(E n° 21).

Cet idéal on s'en doute est loin d'être atteint.

Propre à ce mode d'exercice et souvent lié à son installation, le médecin doit être disponible nuit et jour.

En ville, l'existence des tours de garde, d'organismes type SOS Médecin et des services d'urgences hospitaliers, ou autres, a considérablement modifié cet aspect de la vie quotidienne du médecin, en lui assurant le temps indispensable du repos.

Cette organisation créée par les médecins, pour les médecins et leurs malades, est un progrès indiscutable (E n°22).

Nous avons cependant noté combien était vivace l'image du médecin travaillant vingt quatre heures sur vingt quatre.

Si elle illustre bien une disponibilité permanente, il nous semble qu'elle a quand même un peu vieilli.

Le doute n'est pas autorisé quand ils affirment avoir énormément de travail, douze à quatorze heures par jour.

C'est un métier "prenant", et chacun connaissant ses limites trouve les méthodes propres à ne pas les dépasser.

c) Les membres du "phalanstère médical" (13)

Le Médecin de Famille n'est plus le seul à s'occuper des malades. Il partage cette noble fonction avec les spécialistes, les médecins hospitaliers, les organismes sociaux (hôpitaux, Sécurité Sociale, médecine scolaire et du travail etc...), et le personnel para-médical.

Cela ne va pas sans heurts. Une certaine violence dans quelques propos concernant les pédiatres, les gynécologues et les cardiologues en témoigne. Les médecins se sentent dépossédés par certains spécialistes, mais surtout déplorent pour leurs malades, les erreurs de ces comportements : erreurs d'orientation, multiplications des ordonnances et prescriptions similaires d'examens (E n°12).

Ils sont mal accueillis parfois à l'hôpital pour y suivre leurs malades, et surveillés, tracassés, rarement consultés par la Sécurité Sociale.

Il nous semble que les différences de statuts, et le manque de

communications sont les grands responsables de cet état de fait. Pour la plupart, les médecins finissent par collaborer avec un petit cercle de spécialistes et de médecins hospitaliers, qu'ils connaissent, et qu'ils ont eu l'occasion de rencontrer lors de colloques., (en dehors de ce cercle c'est sans doute la jungle). Certains médecins, toujours grâce au dialogue, entretiennent d'excellents rapports avec les représentants des organismes sociaux.

Il est peut être encore temps d'agir avant que la triste vision de FUNCK BRENTANO ne devienne réaliste :

"Le corps médical devient une immense tour de Babel. Chacun y parle son langage, le plus souvent hermétique aux autres. Chacun y vante, de bonne foi, la qualité de sa démarche" (13)

d) Le malade

Nous avons déjà évoqué la difficulté actuelle à acquérir leur confiance et à soigner certains d'entre eux.

Le malade n'est pas à proprement parler un obstacle, mais ses exigences croissantes et son éternel, mais humain, sentiment d'être unique, viennent parfois à bout du plus grand altruisme. (Le mirage de la santé) (10).

Les médecins reconnaissent devoir donner plus d'explications à une clientèle devenue plus instruite et cultivée, mais ils pensent pour la plupart devoir discipliner, éduquer, voire "dresser" leurs malades.

Ceci par contre scandalise l'un d'eux : "les malades ne se dressent pas, ils sont malades et c'est tout !" (E n°17).

Nous pensons, avec l'un de nos interlocuteurs et pour éviter une querelle de terme, que tôt ou tard le Médecin de Famille se constitue une clientèle (nous n'aimons pas ce mot !) adaptée à sa personnalité.

La sélection est ainsi naturelle, sans qu'il soit nécessaire d'un quelconque abus de pouvoir (En°27)

L'éducation sanitaire et la prévention restent les seules exceptions où le médecin doit user de son crédit.

"Le Médecin de Famille sacrifie sa propre famille
pour être à la disposition de celles des autres."

(E n°1)

7°) La vie de famille est-elle compatible avec la
profession de Médecin de Famille ?

Echappant aux thèmes classiques des enquêtes, cette question et les suivantes nous ont par ailleurs suscité l'opinion personnelle des médecins.

Le Médecin de Famille d'autrefois n'était pas souvent chez lui, trop occupé à visiter ses lointains malades. Le rôle ingrat, mais admirable de son épouse paliait à cet inconvénient. (E n° 28).

A présent une distinction s'établit entre les médecins exerçant seuls et les médecins de groupe.

- Pour les premiers, la situation s'est un peu améliorée.

Les médecins installés depuis longtemps à la tête d'une clientèle importante, font de moins en moins de visites, et reçoivent surtout sur rendez-vous

Pour les autres, les visites à domicile justifiées ou non mais considérées comme essentielles par la connaissance des malades qu'elles apportent, constituent près de la moitié de leur activité.

Ils avouent tous être attentifs à ne pas se laisser dominer voire "manger" par leur profession.

Leur présence en famille est certes encore limitée en durée, mais vécue avec beaucoup d'intensité.

L'exercice dans un lieu réservé à cet usage, et différent du lieu d'habitation, bien qu'onéreux, leur paraît très souhaitable (E n°23 et 27).

- Pour les seconds, l'organisation de groupe permet une disponibilité à l'égard des malades comme de ses proches.

Elle est tributaire d'un nombre d'actes plus limités, visites comprises, et de la qualité du médecin lui même au sein de sa vie personnelle et familiale (E n°24).

La médecin de groupe même avec des journées qui restent chargées, est plus souvent au milieu des siens, mais moins que ne le permet la plupart des professions. Son épouse est quelque peu exclue d'une collaboration assurée par des auxiliaires qualifiées.

Il y aurait beaucoup à dire sur les qualités, le dévouement et la présence de celle qui sont les compagnes du Médecin de Famille.

"Il faut un grand amour de son métier,
c'est capital !

Aimer sa profession profondément,
ne pas en faire un commerce."

(E n°9)

8°) Quelles sont les dispositions ou les qualités nécessaires à l'exercice de cette profession ?

La question a souvent surpris, parfois gêné, les médecins ont en général ^{préférés} le terme de disposition par modestie, d'autres enfin, répondant par un biais, ont fait l'éloge d'un remplaçant ou d'un confrère.

La première qualité du médecin est la compétence.

Ceci fait l'unanimité.

Le métier d'étudiant est sérieux (E n°17), et il doit une fois installé, par honnêteté pour ses malades, poursuivre sa formation.

Le médecin doit ensuite avoir des qualités dites - humaines : le goût du contact, la patience de l'écoute amicale, le dévouement désintéressé, une ouverture et un sens psychologique...

La liste en est longue, et non exclusive.

Un grand nombre de ces dispositions semblent être suscitées et développées par l'éducation familiale (E n°14).

Ceci pourrait expliquer l'existence de générations successives de médecins, malgré les inconvénients familiaux que tous ont pu vivre.

D'autres qualités sont plus le fait d'un heureux hasard : une bonne santé, une certaine prestance, un courage à la fois physique

et moral (E n°4).

Les études de médecine permettent à elles seules de sélectionner les étudiants les plus persévérants.

Le notable d'autrefois, symbole du savoir et de la réussite, a conservé son image de marque à la campagne et auprès des médecins anciennement installés (E n°28).

En ville et chez les plus jeunes d'entre eux, le médecin n'est plus et ne doit plus être un "notable".

Au contraire, afin de mieux connaître et comprendre ses malades, il doit se mettre à leur portée lors des consultations, certains même tentent de nouer une relation d'égalité.

Ils veulent, en cheminant avec leurs malades, devenir mutuellement des adultes responsables et conscients (E n°14).

Ce désir de ne pas infantiliser un homme angoissé n'est sans doute qu'un idéal jamais atteint, car la maladie est là, et l'essence de la relation médecin-malade depuis tous les âges ayant toujours été, entre autres, une relation de type magique. De plus ils reconnaissent que les malades imaginent encore difficilement qu'un médecin puisse lui-même être souffrant.

Les médecins suivant leur âge et leur implantation, ont donc une vision différente de leur place dans notre société.

A la recherche permanente de leur identité, ils participent aux grands mouvements d'idées de notre temps.

"Cette médecine qu'on pense être humaine, va disparaître. C'est paradoxal ! ;

Plus on l'aide, plus on socialise ce mode d'exercice, plus on lui enlève son caractère humain."

(E n°1)

9°) Comment envisagez-vous l'avenir du Médecin de Famille ?

Le Médecin de Famille est, et restera, une nécessité toujours réclamée par le malade. La majorité des médecins le souhaitent dans l'intérêt de leurs patients.

Le malade sera-t'il entendu ?

Ou la sonnette d'alarme tirée avec force par les Médecins généralistes suffira-t'elle à dénoncer les erreurs d'orientation ?

Les médecins sont partagés pour y répondre :

- les uns pessimistes, ardents défenseurs de la Médecine libérale et individuelle, sont les témoins d'une lente et inexorable dégradation des motivations qui les avaient poussées et soutenues dans leur choix. Il s'y ajoute une diminution de leurs moyens d'existence due à la dépréciation de leur service. Du stade artisanal, faisant appel à leur volonté et à leur dynamisme personnel, la médecine est devenue faussement sociale, dépersonnalisée, soumise à l'arbitraire des technocrates ou politiciens.

Ils craignent pour l'avenir une fonctionnarisation au dépend du malade lui-même ; la qualité de la médecine au lieu d'être élevée en est abaissée (E n°3).

- Les autres plus optimistes, et pourtant conscients des dangers auxquels est exposée leur profession, pensent qu'une organisation adaptée permettra non seulement de répondre à un besoin grandissant de la société, mais encore de pérenniser l'esprit qui a fait la renommée de la médecine française.

Le groupe en est un exemple, par leur coopération ses membres ont fait passer leur métier du stade artisanal au stade organisé (E n°13-18-30).

Les malades aussi évoluent. La difficulté en cas d'urgence de trouver un médecin, leur font accepter celui qui se dérange dans la mesure où son intervention est rapide.

On peut aussi espérer avec FUNCK BRENTANO (13) qu'un sentiment de solidarité avec les autres malades finira par les animer.

Pessimistes ou optimistes, les médecins que nous avons rencontrés sont convaincus d'être les derniers défenseurs de l'individu face à ses semblables, et qu'ils devront eux-mêmes bâtir l'avenir de leur noble tâche.

"Apparemment tout semble cadrer à l'image classique que l'on se fait du Médecin généraliste : un notable heureux et sans problème. Et cette impression paraît même confirmée par les Médecins généralistes eux-mêmes, puisque 77,1% d'entre eux sont satisfaits de l'être."

- VIEIRA - (37)

10°) Recommenceriez-vous ?

Encourageriez-vous l'un de vos enfants à devenir Médecin de Famille ?

Cette question pouvait paraître banale et difficile.

Elle permettait de conclure les entretiens en quelques mots, et de dresser un court bilan.

Nous pensions, par sa seconde partie, atténuer son côté artificiel mais celle-ci posait un problème différent.

Tous les médecins recommenceraient sans hésiter : le bilan est donc positif, satisfaction et bonheur semblent couronner une carrière qu'ils avaient choisie pour la plupart.

A l'opposé nos interlocuteurs ont été plus nuancés en ce qui concernait leurs propres enfants. Les réformes multiples et les difficultés d'un avenir incertain, les ont empêchés de se substituer aux leurs dans cet engagement passionnant mais total (E n°29).

Pour conclure, nous reprendrons et ferons nôtre les propos de l'un d'eux :

"Il n'y a pas de médecins malheureux,
Seuls ceux qui ne sont pas heureux,
n'étaient pas faits pour être médecins !"

(E n° 25)

SYNTHESE : PORTRAIT TYPE

Au terme de cette analyse, nous tenterons d'ébaucher, avec ses nuances, le portrait type du Médecin de Famille, tel qu'il ressort de nos entretiens.

Nous le suivrons à travers ses craintes et ses espoirs, tout au long de son itinéraire.

- Venu à cette fonction parfois à cause d'un échec à l'internat, ou de circonstances familiales, souvent par décision personnelle et de son plein gré, il s'y est bien préparé.
- Après quelques années angoissantes, dues au manque de formation psychologique, il acquiert sur le tas, au contact des malades, des autres médecins et des spécialistes, une expérience et une assurance indispensables.
Il devient alors Médecin de Famille, la fidélité et la confiance des malades étant ses meilleurs stimulants.
- Installé en groupe ou isolé ; conventionné par : philosophie, obligation raisonnée, choix politique ; ou non conventionné par : idéal nécessité financière, refus du système contraignant, il cherche toujours à faire une "bonne médecine", au service permanent de ses malades.
- Il n'est plus disponible vingt quatre heures sur vingt quatre, mais s'appuyant sur une famille préservée, et grâce à une organisation répondant aux exigences des malades, il est prêt à les aider de toutes ses forces, en ami, par ses conseils de technicien de la santé et d'homme de bon sens et d'équilibre.
Altruiste au dévouement sans limite ou généreux, mais dosant ses efforts, il estime posséder un certain nombre de talents innés indispensables.

- Il s' imagine souvent que ses méthodes de travail et les conceptions de son art sont les seules efficaces et valables.
- Fondamentalement optimiste, il craint cependant une "socialisation" pourtant souhaitée par certains en raison d'un choix politique, réclamée par d'autres pour réduire les coûts de la santé.
Mais il se demande si cette réduction n'entraînera pas inéluctablement la diminution de la qualité des soins.
- Il regrette l'empiettement de son domaine par certaines spécialités et il déplore l'incitation générale des malades à consulter le spécialiste directement ("Où vous faire soigner selon votre maladie" - Paris Match - 29).
Homme de bon conseil et de synthèse, son rôle comprend la prévention et l'éducation sanitaire.
- Il semble ignorer le bénéfice d'une préparation théorique à la relation humaine par les techniques de groupe, mais commence à comprendre l'intérêt de transmettre à ses jeunes confrères ce qu'il a pu acquérir en autodidacte.
Pour conclure, il pense que la formation à la Médecine de Famille passe par une meilleure définition de ses objectifs.

"Un médecin qui serait simplement un bon médecin de campagne ou un bon Médecin de Famille, déterminé à faire son métier jusqu'au bout, ne sera guère aidé par la société, ni par les médecins, ni même tellement par les malades, car ce n'est pas lui qui aura le plus de succès, ou qui gagnera le plus d'argent."

- MINKOWSKI - (26)

CONCLUSIONS

Au terme de nos études universitaires, nous voulions, par un travail personnel, et grâce aux témoignages de médecins susceptibles de se reconnaître comme "Médecin de Famille", mieux cerner la fonction et l'esprit propre à cette forme d'exercice.

Guidé par le Docteur Y.B. COLAS, Médecin hospitalier et praticien, nous avons mis au point une méthodologie progressive et correctible en fonction des buts atteints.

Contactés par lettre, puis par téléphone, trente deux médecins de la région lyonnaise ont été interviewés et enregistrés au magnétophone.

Suivant une technique inspirée de l'entretien non directif, nous leur avons posé un certain nombre de questions répondant aux préoccupations de leur profession et à la curiosité de l'interviewer.

Nous avons surtout écouté un plaidoyer intense, riche et spontané, où chaque médecin a exposé librement en une demi-heure environ ses idées personnelles, et livré toute son expérience humaine de Médecin. Trente extraits d'interviews ont été publiés et analysés.

Malgré la difficulté, dans une brève conclusion, de rendre la richesse des entretiens que chacun devra lire intégralement, nous pouvons avancer les point suivants :

- Le Médecin de Famille et le Généraliste ne font qu'un.
- Loin d'avoir disparu, c'est un homme du temps présent.
Malgré les difficultés techniques et financières auxquelles il se heurte, il pense répondre à un besoin grandissant de l'époque.
- Ayant choisi assez tôt de le devenir, le Médecin de Famille acquiert tour à tour à la Faculté les bases sémiologiques, à l'hôpital l'apprentissage du contact avec les malades, au cours des remplacements une indispensable assurance et la traduction pratique de ses connaissances.

- Le médecin digne de ce nom, ne cesse ensuite de se former à la fois grâce à l'enseignement post-universitaire, et au contact quotidien avec les malades.

- Sa fonction est multiple.

Il doit : . Assurer en premier lieu les soins habituels et primaires dans les domaines les plus variés de la pathologie.

- . Réaliser la synthèse des différents éléments cliniques, biologiques, contextuels portés à sa connaissance, et destinés à établir la meilleure stratégie thérapeutique dans l'intérêt particulier de chaque malade.

- . Responsable d'un malade souvent fidèle et confiant, être à l'écoute, et tenter de résoudre les problèmes humains qui lui sont confiés, à travers une relation privilégiée, et dans un rapport d'égalité.

Il regrette souvent de n'avoir pas été préparé à son rôle psychologique, mais admet que sa formation dans ce domaine est celle d'un autodidacte, sans omettre une part énorme de "don personnel" ou de talent inné.

- Convaincu de l'importance de sa mission, il doit lui-même assurer l'avenir de sa profession, et si dans le contexte actuel l'exercice en groupe paraît le mieux adapté, sa tâche est avant tout de s'organiser selon ses goûts, et sa façon d'entrevoir sa fonction, souvent au dépend de sa propre famille.

- Enfin, témoin constant des conflits qui opposent et divisent les hommes dans la société actuelle, dernier garant de la liberté individuelle,

Le Médecin de Famille a le loisir de participer dans cette optique aux affaires publiques.

Cette thèse était aussi destinée à promouvoir chez les étudiants un choix motivé pour la Médecine Générale, nous espérons avoir modestement contribué à l'essor de cette option.

Limité par le nombre de médecins rencontrés, et par l'inévitable subjectivité de toute enquête sociologique, ce travail permet cependant de livrer à l'étude approfondie, et sous des angles différents un document original.

ANNEXE I

LISTE DES MEDECINS INTERROGES

(par ordre alphabétique)

Docteurs BARIDON Jean
BAYARD Joseph
BAYON ~~DE~~NOYER André
BIOT Joseph
CHARREYRON Lucien
CLAVELIN André
DENIS Maurice
DOLLET Jacques
DREVON Georges
DUPERRAY Eliane
EYRAUD Georges
FRADIN Guy
FUVEL Marc
GILLET DAUBIN Michel
GIRARD Jean Louis
HAMANDJIAN François
HENRY Paul
ISS Gérard
JUNOD William
MALICIER Georges
MARQUET Jean
MARTEL Jean Pierre
MONNET Marie Antoinette
OULIE Michel
REYDELLET Pierre
ROCHAS Bernard
RONDY René
SAUTERET Odile
TANNE Guy
TARDY Jacques
VACHER Andrée
VOTTERO René

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Nous ne citons ici que les textes que nous avons effectivement consultés

- (1) ALDRICH (C.K.) "Le Médecin vu par le public et sa responsabilité sociale"
Revue abotthérapie -1961- n°5 page 19 et 20
- (2) APPEAU (Antoine) "Attitudes psychothérapeutiques spontanées des Médecins" Quelques réflexions après 75 interviews..
Thèse médecine LYON 1963 n° 214
- (3) APPEAU (Antoine), BADY B., BERGERET J., CORDET L., et Collab.
"Le médecin praticien et la psychothérapie"
Cahiers médicaux lyonnais. Numéro spécial 1965
- (4) BALINT (Michael) "La technique psychothérapeutique en Médecine"
Traduction par J.P. Valabrega
Petite bibliothèque Payot 1966
- (5) BALINT (Michael) "Le médecin, son malade et la maladie"
Traduction par J.P. Valabrega
Petite bibliothèque Payot Nouvelle édition 1973
- (6) BALZAC (Honoré de) "La comédie humaine"
Etude des mœurs, scènes de la vie de campagne
Le médecin de campagne.
Bibliothèque de la pléiade N.R.F. 1969
pages 317 à 535
- (7) BENSALID (Norbert) "Sois généraliste et tais-toi"
Le nouvel observateur 15-2-1976 page 40.

- (8) BERNARD (Jean) "Grandeur et tentation de la médecine"
Edition Buchet-Chastel 1973.
- (9) CADOR (Louis) "A propos d'un cas singulier.
Premieres observations d'un apprenti
sur la formation au métier de médecin"
Thèse médecine LYON 1974 n°324
- (10) DUBOR (R.) "Le mirage de la santé"
Edition Denoel
In "Vers une anti-médecine"
La Nef 1972 n° 49 oct-dec
- (11) "Des différentes formes d'exercice de la médecine praticienne
en équipe"
La Revue du Praticien T.XXVI n°31 1er juin 1976 pp:2139-2244
- (12) ESCANDE (Jean-Paul) "Les médecins"
Edition Grasset -1975-
- (13) FUNCK BRENTANO (Jean-Louis) "Le paradoxe des médecins"
Edition Gallimard 1976
- (14) GUYOTAT (Jean), HOCHMAN J., PELLET J., MARIECARDINE M.,
"Rapport de psychiatrie présenté au congrès de
psychiatrie et de neurologie de langue française"
LXYe Session DIJON 4 au 9 juillet 1967
Edition Masson 1967
- (15) HAMBURGER (Jean) "La puissance et la fragilité"
Edition Flammarion 1972
- (16) HENRY (Paul) "Entretiens avec..."
Cahiers médicaux lyonnais T.I. n°13
28 novembre 1975 pages 935 et 936

- (17) ILLICH (Ivan) "Nemesis médicale"
Edition du Seuil 1975
- (18) ISRAEL (Lucien) "Le médecin face à son malade"
Edition C. Dessart - Bruxelles - 1968
- (19) "La formation du médecin généraliste"
Table ronde du 15 décembre 1971
Cahiers médicaux lyonnais Volume 48 n°12 24 mars 1972
Pages 1209 à 1228
- (20) LAIN ENTRALGO (Pédro) "Le médecin et le malade"
Collection univers des connaissances
Edition Hachette 1969
- (21) LEVRAT (Marcel) "Les deux médecines : la médecine scientifique,
et la médecine humaine."
Lyon médical T. 234 n°20 28 décembre 1975
Pages 721 à 723
- (22) MATHE (Catherine et Georges) "La santé est-elle au dessus de
nos moyens ?"
Edition Plon 1970
- (23) MAZVEZ (J.) "Médecine rurale individuelle en 1972 :
réponse du pot de terre au pot de fer"
Libres opinions
Cahiers médicaux lyonnais Vol. 48 n°15
14 avril 1972 Pages 1653 à 1658
- (24) Médecins de groupe "ABC d'aire, tout ce qu'il faut savoir pour
exercer en groupe "
Numéro spécial Février 1976
- (25) MELLIERE (Didier) "La formation des médecins"
Edition Sandoz 1976

- (26) MINKOWSKI (Alexandre) "Le mandarin aux pieds nus"
Edition du Seuil 1975 P.116 à 118
- (27) NAHOUM (Charles) "L'entretien psychologique "
P.U.F. 5eme édition 1975 p. 61 à 68
- (28) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE "Le médecin de Famille"
11eme rapport
Série rapports techniques 1959 - 239 p. 6-41
- (29) "Où vous faire soigner selon votre maladie"
Paris-Match n° 1432 6 novembre 1976 p. 96
- (30) Pédagogie Médicale Universitaire "La revue du praticien"
T.XXVI n° 37 p. 2509-2600
- (31) "Peut-on être Médecin généraliste en 1972 ?"
Table ronde du 17 novembre 1971
Cahiers médicaux lyonnais
Vol. 48 n°10 10 mars 1972 p. 951 à 972
- (32) Société Française de Médecine Générale
"Rapport sur la formation professionnelle du Médecin
Généraliste en France"
Société scientifique 5 bis, boulevard F. de Lesseps
78000 VERSAILLES
- (33) SOLIGNAC (Pierre) "Pour un nouveau Médecin de Famille"
Edition Flammarion 1970
- (34) SOLJENITSYNE (Alexandre) "Le pavillon des cancéreux"
Edition Juliard 1968
- (35) TROUSSEAU (Armand) "Clinique médicale de l'Hotel Dieu de Paris"
7ème édition Baillières et fils 1885

(36) "Vers une anti-médecine" "Le médecin, le malade et la société"
La NEF 1972 n°49 octobre-décembre

(37) VIEIRA (José) "Médecin Généraliste voici qui vous êtes !"
Le Généraliste n°25 29 avril 1976 p.3

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	7
METHODOLOGIE	8
ENTRETIENS N°1 à 30	17 à 230
ANALYSE	231
SYNTHESE : PORTRAIT TYPE	250
CONCLUSIONS	252
ANNEXE : LISTE DES MEDECINS	255
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	256

CONCLUSIONS

Au terme de nos études universitaires, nous voulions, par un travail personnel et grâce aux témoignages de médecins susceptibles de se reconnaître comme "Médecin de Famille", mieux cerner la fonction et l'esprit propre à cette forme d'exercice.

Guidé par le Docteur Y.B. COLAS Médecin hospitalier et Praticien, nous avons mis au point une méthodologie progressive et correctible en fonction de buts atteints.

Contactés par lettre puis par téléphone, trente deux médecins de la région lyonnaise ont été interviewés. et enregistrés au magnétophone.

Suivant une technique inspirée de l'entretien non directif nous leur avons posé un certain nombre de questions répondant aux préoccupations de leur profession et à la curiosité de l'interviewer.

Nous avons surtout écouté un plaidoyer intense, riche et spontané où chaque médecin a exposé librement en une demi-heure environ ses idées personnelles et livré toute son expérience humaine de Médecin.

Trente extraits d'interviews ont été publiés et analysés.

Malgré la difficulté dans une brève conclusion de rendre la richesse des entretiens que chacun devra lire intégralement, nous pouvons avancer les points suivants :

- Le Médecin de Famille et le Généraliste ne font qu'un.
- Loin d'avoir disparu, c'est un homme du temps présent.
Malgré les difficultés techniques et financières auxquelles il se heurte, il pense répondre à un besoin grandissant de l'époque.
- Ayant choisi assez tôt de le devenir, le Médecin de Famille acquiert tout à tour à la Faculté les bases séméiologiques, à l'hôpital l'apprentissage du contact avec les malades, au cours de remplacements une indispensable assurance et la traduction pratique de ses connaissances.
- Le médecin digne de ce nom ne cesse ensuite de se former à la fois grâce à l'enseignement post-universitaire et au contact quotidien avec le malade.
- Sa fonction est multiple ; il doit :
 - . Assurer en premier lieu, les soins habituels et primaires dans le domaine les plus variés de la pathologie.
 - . Réaliser la synthèse des différents éléments clinique, biologique, contextuel, portés à sa connaissance et destinés à établir la meilleure stratégie thérapeutique dans l'intérêt particulier de chaque malade.
 - . Responsable d'un malade souvent fidèle et confiant, l'être à l'écoute et tenter de résoudre les problèmes humains qui lui sont confiés, à travers une relation privilégiée et dans un rapport d'égalité.Il regrette souvent de n'avoir pas été préparé à son rôle psychologique mais admet que sa formation dans ce domaine est celle d'un autodidacte sans omettre une part énorme de "don personnel" ou de talent inné.
- Convaincu de l'importance de sa mission, il doit lui même assurer l'avenir de sa profession et si dans le contexte actuel, l'exercice en groupe paraît le mieux adapté, sa tâche est avant tout de s'organiser selon ses goûts et sa façon d'entrevoir sa fonction, souvent au dépend de sa propre famille.
- Enfin, témoin constant des conflits qui opposent et divisent les hommes dans la société actuelle, dernier garant de la liberté individuelle le Médecin de Famille à le loisir de participer dans cette optique aux

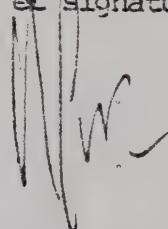
CONCLUSIONS (début au verso)

(suite du verso)

Cette thèse était aussi destinée à promouvoir chez les étudiants un choix motivé pour la Médecine Générale, nous espérons avoir modestement contribué à l'essor de cette option.

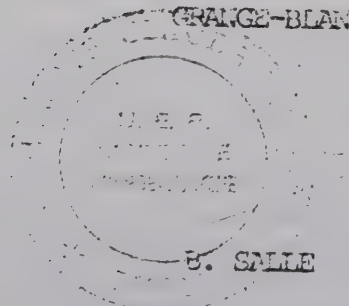
Limité par le nombre de médecins rencontrés et par l'inévitable subjectivité de toute enquête sociologique, ce travail permet cependant de livrer à l'étude approfondie, et sous des angles différents un document original.

Le Président de la Thèse :
(nom et signature)



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 3 NOV. 1976

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE,



Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

